

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE ENFERMERÍA, FISIOTERAPIA Y
PODOLOGÍA



ANÁLISIS COMPARATIVO INTERNACIONAL DE LA
REGULACIÓN DE LA PRÁCTICA ENFERMERA

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR
PRESENTADA POR

David C. Benton

Bajo la dirección de los doctores

Máximo González Jurado
Juan Vicente Beneit Montesinos

MADRID, 2013

TESIS DOCTORAL

Análisis Comparativo Internacional de la Regulación de la Práctica Enfermera

David C. Benton

DIRECTORES DE TESIS:

**Profesor Dr. Máximo Gonzalez Jurado
Profesor Dr. Juan Vicente Beneit Montesinos**



Universidad Complutense de Madrid



TESIS DOCTORAL

**Análisis Comparativo
Internacional de la
Regulación de la Práctica
Enfermera**

David C. Benton

DIRECTORES DE TESIS:

Profesor Dr. Máximo Gonzalez Jurado

Profesor Dr. Juan Vicente Beneit Montesinos

No es la especie más fuerte la que sobrevive, ni la más inteligente, sino la que mejor responde al cambio.

Charles Darwin

Agradecimientos

En cuanto al presente estudio, me gustaría agradecer el apoyo y guía experta de mis dos Directores de Estudios, Prof. Dr. Máximo Antonio González Jurado y Prof. Dr. Juan Vicente Beneit Montesinos. Ambos han contribuido con sus numerosos años de experiencia, sabiduría y energía sin límites a la vez que han mostrado un interés y entusiasmo genuinos por el tema objeto de investigación. Este entusiasmo me ha ayudado a mantenerme centrado y motivado para la investigación. Asimismo, han alimentado mi rudimentario español y animado para persistir en mis esfuerzos para ser bilingüe.

Asimismo, deseo agradecer la aportación de los expertos que generosamente han encontrado tiempo para completar las distintas fases del estudio Delphi compartiendo sus perspectivas y permitiendo la apertura de nuevas líneas de pensamiento.

A Rafael Lletget Aguilar, que me ha ayudado a navegar por los trámites administrativos para matricularme en la Universidad. Estoy profundamente en deuda con él tanto por sus habilidades como por su paciencia.

Asimismo, deseo agradecer la aportación de los expertos, que generosamente han encontrado tiempo para complimentar las distintas rondas del estudio Delphi compartiendo así sus perspectivas que han abierto nuevas líneas de pensamiento.

También debo dar las gracias a mi empleador, el Consejo Internacional de Enfermeras, el cual lleva más de un siglo contribuyendo a la literatura sobre este tema colaborando así en la mejora de la seguridad de los pacientes y el desarrollo profesional. De hecho, estas publicaciones han motivado mi interés y compromiso con este tema tan importante.

Por último, deseo agradecer el fantástico apoyo que he recibido de mi mujer, Denise, que ha tolerado con gran elegancia mi 'ausencia' debida a la preocupación por culminar este estudio y las numerosas horas que he transcurrido en el ordenador puliendo las distintas versiones de la presente Tesis. A mis hijos, Kenneth, Katrina y Andrew, gracias por el ánimo y sentido del humor. Y por último, pero no por ello menos importante, a Carolina, por sus maravillosas habilidades administrativas, y a Carlos, por darme voz cuando me fallaba mi español.

Abstract

INTRODUCTION

This research examines an important and neglected topic. The way that a profession is regulated provides the foundations for its education and the basis of the ethical and conduct framework against which competence is judged. It prescribes the limits of practice and the means by which its potential to evolve is facilitated or constrained.

Sadly, the level of knowledge of professional regulation even within a single jurisdiction is often woefully inadequate. At the international level, the number of studies that have examined the emergent trends in relation to professional regulation are few and do not use a systematic framework, hence comparisons and tracking trends overtime is fraught with problems. At this time, workforce shortages, health systems redesign and a range of demographic, economic and social factors are driving changes to the scope of professional practice. If nurses are to fully address these challenges, regulatory frameworks needs to support and facilitate change.

For the first time an open systems framework is used to organize and analyze global trends impacting upon professional self-regulation. Additionally, a critical examination of the principles underpinning self-regulation is conducted drawing on both the professional and wider regulatory literature so as to provide an updated and contemporary set of principles, definitions of key terms and a framework for the production of modern and comprehensive legislation.

An exploratory international comparative analysis of how the practice of nurses as specified and documented in extant legislation is described and reviewed. The analysis uses geography, legal tradition, administrative approach, regulatory model and economic status to explore the content, powers and processes associated with a random stratified sample (n=14) of jurisdictions. Though the use of documentary analysis a range of potential relationships are identified, described and explored between the dimensions and the legislative content.

The documentary analysis provides a comprehensive framework for describing the component parts of nurse legislation and this is used to inform the conduct of a policy Delphi analysis structured to generate consensus on a redefined and extended definition of professional regulation. In addition, 47 key measures, clustered under four themes of a high performing regulatory body are identified. The performance measures are also used to describe the model and administrative approach best suited to delivering these features. The majority of respondents identify that a delegated self-regulatory model administered through profession specific board is felt most likely to deliver high performance.

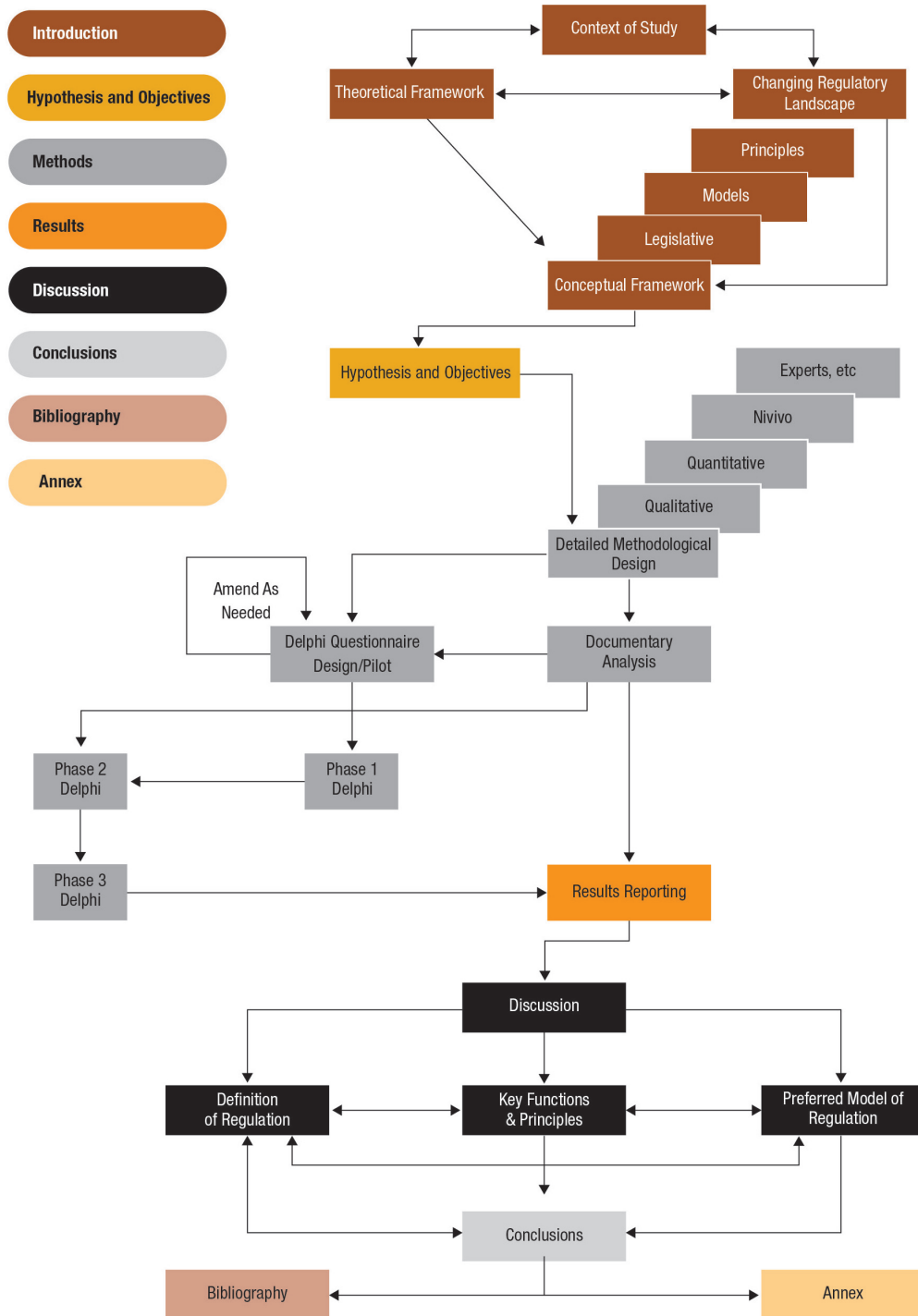


Figure 1. Schematic Representation of Thesis Content

A range of significant conclusions are reached relating to: the applicability of general systems theory to monitoring trends in professional regulation; the need for further development of specificity of definitions in nursing legislation; weaknesses in the current ICN underpinning principles for professional self regulation; and metrics that can be used to measure regulatory body performance. A number of important recommendations both for policy and further research relating to these conclusions are proposed.

HYPOTHESIS

By analysing a random stratified sample of current jurisdictional nurse legislation, it is :

- possible to identify key features of current nursing legislation so as to
- develop a set of measures to judge contemporary regulatory body performance, and
- determine an optimum regulatory model and associated administrative approach congruent with a high performance regulatory body.

RESEARCH OBJECTIVES

- Analyse the socio-economic, demographic and health systems context of a random stratified sample of jurisdictions;
- Develop a lexicon of key terms used in a random stratified sample of legislation drawn from diverse jurisdictions;
- Critique the key features of current nurse legislation associated with diverse professional regulatory models;
- Analyse how contemporary trends facing the profession interact with diverse models of professional regulation;
- Generate a set of measures used to judge regulatory body performance.
- Critically elaborate a contemporary definition of professional nurse regulation; and
- Determine an optimum regulatory model and associated administrative arrangements best suited to the attainment of high-performance regulatory body functioning.

OUTLINE OF RESULTS SECTION CONTENT

This section provides details of the documentary analysis of the random stratified sample of legislation and the Delphi study results and is reported sequentially in two parts.

The first part of the results section addresses the first three objectives as set out in the section on Hypothesis and Objectives:

- Analyse the socio-economic, demographic and health systems context of a random stratified sample of jurisdictions;
- Develop a lexicon of key terms used in a random stratified sample of legislation drawn from diverse jurisdictions;
- Critique the key features of current nurse legislation associated with diverse professional regulatory models;

Part one, based on the documentary analysis, starts by reporting basic contextual information relating to each of the jurisdictions selected. This information highlights legal, demographic, economic, professional and socio-political information.

Next, the comprehensive framework of legislative content is presented and a lexicon of the associated terms described. The framework is then analysed on the basis of the key attributes (geographic regions, legal traditions, administrative approaches, regulatory models and economic status).

The second part of the results section reports the findings of the three-round Policy Delphi that address the remaining objectives set for this study.

CONCLUSIONS

1. Hitherto this research, nurse regulation has been predominantly based on the work of **Fadwa A. Affara and Margaretta Madden Styles**, which for three decades has stood as the internationally accepted benchmark and provided both the accepted definition of nurse regulation as well as the principles upon which nursing regulation has been based.
2. This research study constitutes a **major contribution to the understanding of the models, mechanisms, and administrative approaches used international to regulate and govern the nursing profession.**

This Thesis proposes a coherent approach to future developments.

3. **As Chief Executive Officer of the International Council of Nurses**, it is essential that the findings of this study be integrated into the key ICN position, principle and policy documents. These serve as guidance for governments and for institutions such as the World Health Organization in their efforts to establish a framework for the protection of citizens and the future of nursing practice.
4. **The thesis proposes a new definition of regulation for the nursing profession.** The definition provides a basis for ensuring public protection and for guiding the development of appropriate and contemporary legislation geared towards addressing the challenges facing health care and nursing today.
5. The revised principles identified in this study reflect current regulatory and governance thinking and provide governments and the profession with a framework to regulate nurses and nursing in today's dynamic and challenging environment.
6. **The glossary of terms (lexicon)**, developed in this study, provides the foundation for international collaboration between different jurisdictions and will assist in developing speedy and safe trans-jurisdictional mobility.
7. **Open systems theory** has proved to be a powerful tool for analyzing trends in regulation. It is a framework that can facilitate monitoring of change over-time and can also serve as a vehicle for conducting international comparative analyses.
8. The documentary analysis offers **a comprehensive map of the architecture of nurse regulatory legislation**, thereby providing an enhanced model for the drafting new legislation and for reviewing and amending existing laws.
9. By determining the main characteristics of high-performing regulatory bodies the thesis affords a unique opportunity **to improve regulatory body functioning**. At the same time, it offers governments a basis for determining and implementing, based on international consensus, the best regulatory model and administrative arrangements.
10. **This thesis draws attention to a number of major shortcomings in the understanding of the regulation of the nursing profession**, notably with respect to low-income jurisdictions, Islamic and civil law based jurisdictions and to the paucity of material from Asia, Africa, the former Soviet Union,
11. Thanks to this pioneering study, it is now possible to explore the potential impact of such dimensions as the income, legal tradition and geography of jurisdictions as well as that of mutual recognition agreements in terms of the structured and functioning of legislation on the nursing profession.

- 12. This thesis has already started to address the identified scientific gap and shortcomings in our understanding of the regulatory process and its supporting evidence base.**

Four research articles have already been published, three of them in high-impact journals. Three others are currently at the review stage and three more are in various stages of development.

- 13. This thesis constitutes a fundamental contribution in this area of research, as well as the starting point for a comprehensive future programme of research in this neglected and important field of study.**

BIBLIOGRAPHY

- **Affara, F.**, (2010) Global Issues and Trends in Nursing Education. Geneva, International Council of Nurses.
- **Aiken, L.H., Clarke, S.P., Sloane, D.M., Sochalski, J., Busse, R., Clarke, H., Giovannetti, P., Hunt, J., Rafferty, A.M. and Shamian, J.** (2001) Nurses' reports on hospital care in five countries: The ways in which nurses' work is structured have left nurses among the least satisfied workers, and the problem is getting worse. *Health Affairs* 20:3, 43–53.
- **American Association of Colleges of Nursing** (1999) Distance technology in nurse education. Washington, DC., American Association of Colleges of Nursing.
- **Benton, D.C.** (2007a) ICN Regulation Series: Model Nursing Act Toolkit. Geneva, International Council of Nurses.
- **Benton, D.C.** (2007b) Changing the rules: The role and future of health professions regulation. *International Pharmacy Journal* 22:2, 38–9.
- **Benton, D. González-Jurado, M. Beneit-Montesinos, J.** (2013a) Nurse faculty migration: a systematic review of the literature. *International Nursing Review* 60:2, 1–10.
- **Benton, D. González-Jurado, M. Beneit-Montesinos, J.** (2013b) A structured policy review of the principles of professional self-regulation. *International Nursing Review* 60:1, 13–22.
- **Benton, D. González-Jurado, M. Beneit-Montesinos, J.** (2013C) Professional Regulation, Public Protection and Nurse Migration. *Collegian : The Australian Journal of Nursing Practice, Scholarship and Research*, 20:1, 1–7.
- **Benton, D.C., Morrison, A.** (2009a) Regulation 2020: Exploration of the present; vision for the future. Geneva, International Council of Nurses.
- **Carlton, A.C.** (2006) Regulation of the health professions. Brisbane, Australian Institute of Health Policies.
- **Frenk, J., Chen, L., Cohen J., Crisp, N., Evans, T., Fineberg, H., Garcia, P., Ke, Y., Kelly, P., Kistnasamy, B., Melies, A., Naylor, D., Pablos-Mendez, A., Reddy, S., Scrimshaw, S., Sepulveda, J., Serwadda, D., Zurayk, H.**, (2010) Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an Interdependent world. *The Lancet*, 376:9756, 1923–1958.
- **National Council of State Boards of Nursing** (2007) Guiding principles of Nursing regulation. Chicago, IL, National Council of State Boards of Nursing.
- **Styles, M. and Affara, F.** (1986) Report on the regulation of nursing: A report on the present, a position for the future. Geneva, International Council of Nurses.
- **World Health Organisation Regional Office For Africa** (2012) The Regional Professional Regulatory Framework: Nursing and Midwifery. Brazzaville, World Health Organisation.

- **World Trade Organisation** (2012) Glossary of key Terms. Washington, DC. World Trade Organisation.
http://www.wto.org/english/thewto_e/glossary_e/glossary_e.htm (Accessed 14/03/2013)
- **Young, A.** (2009) The Lighthouse Invites the Storm – Professional Regulation of Nursing in England and Wales – Under Threat. *Mental Health and Learning Disabilities Research and Practice*, 6:1, 21–36

Contenido

Resumen	
Contenido	
Lista de tablas	
Lista de figuras	
Lista de anexos	

1. INTRODUCCIÓN	25
CONTEXTO DEL ESTUDIO	27
ES EL MOMENTO DE CAMBIAR	30
MARCO TEÓRICO	32
TEORÍA DE LOS SISTEMAS ABIERTOS	32
TEORÍA DE SISTEMAS ABIERTOS Y CAMBIOS EN EL TERRENO DE LA REGULACIÓN	34
Abierto al entorno	34
Fuerza laboral	34
Economía y mercados	36
Mejora de la calidad	37
Demografía y cambios en las necesidades de salud	39
Tecnología	41
Educación y competencia	44
Cambios culturales y sociales	45
Comunicación	46
Subsistemas interrelacionados	47
Equipos clínicos	47
Sistemas educativos	47
Relaciones con la práctica	48
Reguladores, legislación y funciones reguladoras	48
Procesos de <i>input</i> -transformación- <i>output</i>	49
Código de conducta	50
Ámbito de la práctica	50
Actualización de currículum	52
Requisitos de acceso	52
Competencia continuada	53
Competencia del profesorado	54
Teleología o finalidad	55
Protección de los ciudadanos	55
Promoción de la profesión	56

Retroalimentación	57
Desempeño individual	57
Actuación organizativa	58
Homeostasis	59
Equifinalidad	60
Descripción compuesta del planteamiento de sistemas abiertos y los cambios en el entorno regulatorio	61
MARCO CONCEPTUAL	70
Teoría del interés de los ciudadanos	71
Teoría de la captación	71
Teoría de la economía política	72
GOBERNANZA Y SISTEMAS DE LOS ÓRGANOS REGULADORES	73
RESUMEN DE LAS DIMENSIONES DE LOS MODELOS A ESTUDIAR	78
SISTEMAS ADMINISTRATIVOS	84
Sistemas de estructura única	85
Sistemas de división de poderes	85
Sistemas paraguas	85
PRINCIPIOS QUE SUSTENTAN LA REGULACIÓN ACTUAL	88
MECANISMOS ACTUALES PARA EJERCER LA REGULACIÓN PROFESIONAL	101
Colegiación	102
Uso del título	102
Concesión de licencias	102
Licencia negativa	103
Certificación	103
Regulación informativa	103
Regulación transaccional	103
Conducta	103
Salud	104
Competencia y formación continuada	104
PUNTOS CLAVE DE LA LITERATURA EXISTENTE	104
 2. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS	 107
DECLARACIÓN DEL PROBLEMA	109
HIPÓTESIS	109
OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	109

3. MÉTODOS	111
PARADIGMA DE LA INVESTIGACIÓN	113
MÉTODOS DE RECOPIACIÓN DE DATOS	114
Análisis documental	115
Planteamiento analítico en la relación con el análisis documental	116
La legislación para el análisis documental	116
Selección de la muestra de legislación	116
Análisis Delphi	117
Panel de expertos	120
Selección de los expertos	120
Como garantizar el compromiso de los expertos	121
Anonimato de los panelistas	121
Diseño de los instrumentos Delphi	122
Criterios utilizados para valorar las cuestiones planteadas en los instrumentos	122
Retroalimentación a los panelistas al finalizar de las rondas uno y dos	123
Definición del consenso	123
TRIANGULACIÓN	124
APROBACIÓN ÉTICA E INSTITUCIONAL	125
LIMITACIONES	125
 4. RESULTADOS	 127
DESCRIPCIÓN DEL CONTENIDO DE LA SECCIÓN DE RESULTADOS	129
MUESTRA ESTRATIFICADA ALEATORIA DE JURISDICCIONES PARA EL ANÁLISIS DOCUMENTAL	131
Australia	132
Brasil –República Federal de Brasil	133
Etiopía	134
India – República de la India	135
Irán – República Islámica de Irán	136
Jamaica	137
Jordania – Reino Hachemita de Jordania	137
Karnataka – Estado de la India	139
Nueva Brunswick – Provincia de Canadá	140
Nueva Zelanda	141
Noruega	142
Rwanda	143
España	144
Taiwán	145

Muestra estratificada aleatoria de jurisdicciones y dimensiones clave asociadas	146
EL MARCO COMPLETO	147
NODOS DEL MARCO COMPLETO – LÉXICO DE TÉRMINOS	152
SIMILITUDES Y DIFERENCIAS BASADAS EN ATRIBUTOS CLAVE	153
Título	153
Definiciones	153
Finalidad de la legislación	159
Elementos relacionados con el Consejo	160
Reglas operativas	161
Facultades del ministro o autoridad de supervisión	161
Facultades del Presidente	162
Facultades del Registrar o Director Ejecutivo	162
Reconocimiento mutuo	162
Legislación relacionada	163
Puesta en vigor	164
Responsabilidades y funciones	164
Relaciones a nivel 1 sobre en el nodo Responsabilidades y Funciones . . .	165
Relaciones a nivel 2 en el nodo Responsabilidades y Funciones	165
Relaciones a nivel 3 en el nodo Responsabilidades y Funciones	165
ESTADÍSTICAS DESCRIPTIVAS DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LOS ENCUESTADOS DELPHI	166
DATOS DE LA RONDA UNO – DEFINICIÓN DE REGULACIÓN PROFESIONAL ENFERMERA	168
DATOS DE LA RONDA UNO – CARACTERÍSTICAS DE LOS ÓRGANOS REGULADORES DE ALTO DESEMPEÑO	170
DATOS DE LA RONDA DOS DEL ESTUDIO DELPHI	171
DATOS DE LA RONDA DOS – DEFINICIÓN DE REGULACIÓN PROFESIONAL ENFERMERA	171
DATOS DE LA SEGUNDA RONDA – CARACTERÍSTICA DEL ÓRGANO REGULADOR DE ALTO DESEMPEÑO	174
DATOS DE LA SEGUNDA RONDA – MODELO DE REGULACIÓN Y ACUERDOS ADMINISTRATIVOS ASOCIADOS	177
DATOS DE LA RONDA TRES – DEFINICIÓN DE REGULACIÓN PROFESIONAL ENFERMERA	183

DATOS DE LA RONDA TRES – REVISIÓN DE CARACTERÍSTICA DE UN ÓRGANO REGULADOR DE ALTO DESEMPEÑO	184
DATOS DE LA RONDA TRES – REVISIÓN DEL MODELO DE REGULACIÓN Y ACUERDOS ADMINISTRATIVOS ASOCIADOS	187
5. DISCUSIÓN	191
EXPLORACIÓN DE UN MARCO COMPARATIVO INTERNACIONAL SOBRE LA REGULACIÓN DE LA PRÁCTICA ENFERMERA	193
EXPLORACIÓN DE ATRIBUTOS CLAVE	196
LÉXICO DE TÉRMINOS	200
ÍNDICE DE RESPUESTA DEL ESTUDIO DELPHI	204
¿A QUÉ NOS REFERIMOS CON EL TÉRMINO REGULACIÓN?	205
Regulación ocupacional	207
Regulación profesional	207
CARACTERÍSTICAS DE UN ÓRGANO REGULADOR DE ALTO DESEMPEÑO	208
 6. CONCLUSIONES	 213
 BIBLIOGRAFÍA	 217
 ANEXOS	 239

LISTA DE TABLAS

Tabla 1	Conceptos de la teoría de sistemas abiertos e ilustración de su relación con la regulación de la enfermería.	33
Tabla 2	Tabulación cruzada de fuerza laboral con abierto al entorno, subsistemas interrelacionados y procesos de <i>input</i> -transformación- <i>output</i>	66
Tabla 3	Tabulación cruzada de Tecnología con abierto al entorno, subsistemas interrelacionados y procesos de <i>input</i> -transformación- <i>output</i>	67
Tabla 4	Tabulación cruzada de comunicación, cambios en las necesidades demográficas y de salud y mejora de la calidad con abierto al entorno, subsistemas interrelacionados y procesos de <i>input</i> -transformación- <i>output</i>	68
Tabla 5	Tabulación cruzada de educación y competencia, cambios culturales y sociales y economía y mercados con abierto al entorno, subsistemas interrelacionados y procesos de <i>input</i> -transformación- <i>output</i>	69
Tabla 6	Definiciones mejoradas de regulación de Baldwin et al (1998)	74
Tabla 7	Resumen mejorado de niveles de regulación según la definición de Benton (2007 ^a)	75
Tabla 8	Matriz de ventajas y desventajas de los distintos tipos de modelos regulatorios (Benton 2008).	77
Tabla 9	Descripción modificada de los cuatro puntos del continuum de regulación según Bartle y Vass (2005)	79
Tabla 10	Continuum de cinco puntos sobre la regulación profesional de la enfermería.	84
Tabla 11	Modelos de regulación ocupacional paraguas de la Office of the Legislative Auditor State of Minnesota (1999).	87
Tabla 12	Resumen de los modelos para describir los planteamientos administrativos	88
Tabla 13	Principios de la regulación según la modificación y descripción de Benton y Morrison (2009a)	89
Tabla 14	Resumen de la lista enmendada de principios y su nueva descripción según Benton et. al ^b . (2013)	94
Tabla 15	Comparación de los principios identificados en el análisis crítico actualizado de Benton et. al ^b . (2013)	97
Tabla 16	Resumen de los mecanismos utilizados para ejercer la regulación profesional.	102

Tabla 17	Resumen de la dimensión clave para la muestra estratificada aleatoria de jurisdicciones	146
Tabla 18	Ejemplo ilustrativo de nombre y descripción asociada de un nodo.	152
Tabla 19	Desglose detallado de la frecuencia de ‘Definiciones’ codificadas de las jurisdicciones fuente ordenadas en función de los atributos (Región Geográfica, Situación Económica, Tradición Jurídica, Planteamiento Administrativo y Modelo Regulatorio) Parte 1.	156
Tabla 20	Desglose detallado de la frecuencia de ‘Definiciones’ codificadas de las jurisdicciones fuente ordenadas en función de los atributos (Región Geográfica, Situación Económica, Tradición Jurídica, Planteamiento Administrativo y Modelo Regulatorio) Parte 2.	157
Tabla 21	Tabla resumen de datos de fuentes, codificada en función de las “definiciones” de nodos con atributos asociados y datos de subnodos.	158
Tabla 22	Resumen de la participación en las distintas fases de recopilación de datos.	166
Tabla 23	Distribución de los antecedentes de los encuestados	167
Tabla 24	Categorías de RNB de los países donde trabajan los encuestados	168
Tabla 25	Tradiciones Jurídicas de los países donde trabajan los encuestados	168
Tabla 26	Resultados cuantitativos de la definición de regulación profesional de la ronda dos	172
Tabla 27	Cinco características desde arriba por dimensión y posición agregada	180
Tabla 28	Cinco características desde abajo por dimensión y posición agregada	181
Tabla 29	Resultados cuantitativos relativos a la presentación temática de medidas de desempeño de medidas de desempeño de la ronda tres	186
Tabla 30	Ejemplo tomado de la CIM (2011) Glosario de términos	201
Tabla 31	Ejemplo ilustrativo de medición de afirmaciones específicas.	209

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Representación esquemática del contenido de la Tesis	11
Figura 2	Representación esquemática de la aplicación del marco de sistemas abiertos a los cambios en el terreno de la regulación	63
Figura 3	Mapa mental sobre la aplicación del planteamiento de sistemas abiertos a la literatura sobre los cambios en el terreno de la regulación	64
Figura 4	La naturaleza integrada de la regulación enfermera	70
Figura 5	Categorización de Provincias y Territorios según la Conference Board of Canada, 2007	83
Figura 6	Selección estratificada aleatoria de legislación	117
Figura 7	Representación esquemática del proceso de política Delphi	119
Figura 8	Resumen del proceso utilizado para generar la Parte 1 (Análisis documental) de los resultados relativos a los objetivos de la investigación 1-3	130
Figura 9	Mapa y bandera de Australia.	132
Figura 10	Mapa y bandera de Brasil	133
Figura 11	Mapa y bandera de Etiopía	134
Figura 12	Mapa y bandera de India.	135
Figura 13	Mapa y bandera de Irán	136
Figura 14	Mapa y bandera de Jamaica	137
Figura 15	Mapa y bandera de Jordania	138
Figura 16	Mapa y bandera de Karnataka, India	139
Figura 17	Mapa y bandera de Nueva Brunswick, Canadá.	140
Figura 18	Mapa y bandera de Nueva Zelanda	141
Figura 19	Mapa y bandera de Noruega	142
Figura 20	Mapa y bandera de Ruanda.	143
Figura 21	Mapa y bandera de España	144
Figura 22	Mapa y bandera de Taiwán	145
Figura 23	Representación esquemática de los nodos iniciales del análisis comparativo de Benton y Morrison 2009b.	148
Figura 24	Extracto de las memorias metodológicas generadas durante el análisis cualitativo del material fuente	149

Figura 25	Representación esquemática de nodos generados a través de la codificación guiada de los datos de las fuentes de material para describir el marco comparativo completo	150
Figura 26	Línea gráfica de la frecuencia de uso de definiciones de nodos en relación con la legislación fuente	155
Figura 27	Definición del cuestionario de la ronda tres y elaboración asociada de cinco componentes	175
Figura 28	Mapa temático de las 49 declaraciones	178
Figura 29	Resumen de respuestas sobre los modelos regulatorios	182
Figura 30	Resumen de las respuestas relativas a los planteamientos administrativos	183
Figura 31	Definición definitiva y revisada y ampliada de regulación profesional de la enfermera	185
Figura 32	Mapa temático final de las 47 afirmaciones clave en relación con los órganos reguladores de alto desempeño	188
Figura 33	Desglose de la muestra aleatoria estratificada de fuentes contrastadas con los atributos clave	195
Figura 34	Grupos de países por ingresos según definición del Banco Mundial (2012)	198
Figura 35	Tradición jurídica dominante de países, Blackman y Srivastavan (2011) (para más detalles véase Anexo 10)	199

ANEXOS

Anexo 1	Lista de revisores críticos que han participado en la elaboración del cuestionario para las rondas 1, 2 y 3 del estudio Delphi	A3
Anexo 2	Nombres, países de origen del panel de expertos que han participado en el estudio Delphi	A7
Anexo 3	Carta para captar a los panelistas participantes en el estudio Delphi	A11
Anexo 4	Ronda uno – Instrumento estudio Delphi y notas explicativas	A15
Anexo 5	Ronda dos – Instrumento estudio Delphi y notas explicativas	A23
Anexo 6	Ronda tres – Instrumento estudio Delphi y notas explicativas	A45
Anexo 7	Artículos publicados durante este estudio	A85
	• Benton, D.C. (2011) International Issues and Trends in Nursing Regulation. Journal of Nursing Regulation 4:1, 4–8	A87
	• Benton, D. González-Jurado, M. Beneit-Montesinos, J. (2013) A structured policy review of the principles of professional self-regulation. International Nursing Review 60:1, 13–22	A107
	• Benton, D. González-Jurado, M. Beneit-Montesinos, J. (2013) Nurse faculty migration: a systematic review of the literature. International Nursing Review 60:2	A127
	• Benton, D. González-Jurado, M. Beneit-Montesinos, J. (2013) Professional regulation, public protection and nurse migration. Collegian: The Australian Journal of Nursing Practice, Scholarship and Research, 20:2.	A149
Anexo 8	Lista de nodos y descripciones asociadas	A163
Anexo 9	Tablas resumen de datos del nodo	A177
Anexo 10	Tablas resumen de frecuencia de los encuestados en las rondas del estudio Delphi	A211
Anexo 11	Puntuaciones medias para Deseabilidad, Viabilidad, Importancia y Confianza para cada una de las 49 características y la media agregada asociada	A219
Anexo 12	Mapas regionales de la tradición jurídica de países.	A225

CAPÍTULO 1 INTRODUCCIÓN

CONTEXTO DEL ESTUDIO

El Consejo Internacional de Enfermeras (Styles y Affara, 1997) ha establecido la siguiente definición de regulación enfermera:

“Todos aquellos medios legítimos y apropiados – gubernamentales, profesionales, privados e individuales – que dan orden, identidad, coherencia y control a la profesión. Se define la profesión y sus miembros; se determina el ámbito de la práctica; se establecen estándares de educación y éticos y de práctica competente; y se establecen sistemas de rendición de cuentas a través de estos medios”.

Styles y Affara (1997)

La auto-regulación profesional es un privilegio y, además de proteger a los ciudadanos, se considera que potencia el poder político, social y económico del colectivo profesional en cuestión (Shimberg, 1982; Gross, 1984; Freidson, 1994). En consecuencia, quizá no sorprenda que desde sus más incipientes comienzos, el Consejo Internacional de Enfermeras, a través de toda una serie de programas y proyectos de trabajo, haya realizado actividades en relación con el desarrollo de la regulación de la enfermería (Benton y Morrison 2009a). El Consejo Internacional de Enfermeras defiende a la profesión y, a través de sus acciones, habla en todo el mundo con una sola voz sobre todo un abanico de temas de gran calado. Durante sus más de 110 años de existencia, el Consejo Internacional de Enfermeras ha presionado con frecuencia para obtener legislación que introduzca la regulación de la profesión, constituya órganos reguladores e implante los procesos correspondientes para proteger a los ciudadanos, establecer estándares de calidad en la práctica y que avance la profesión.

Durante más de cien años, el CIE ha tenido bastante éxito en la promoción del desarrollo de leyes y organismos dirigidos a proteger a los ciudadanos y apoyar el avance de la profesión. Sin embargo, en una de sus publicaciones recientes, los autores Benton y Morrison (2009a) resaltan que la regulación de la profesión es, en la actualidad, mucho más complicada que en el pasado. La protección de los ciudadanos, el establecimiento de estándares y el avance de la práctica profesional ya no es responsabilidad de un único actor como el órgano regulador; Benton y Morrison (2009a) afirman que son numerosos los actores que regulan el ejercicio profesional de cada enfermero, los cuales, a menudo, lo consiguen mediante toda una serie de procesos, orientación y estándares que pueden influir, y de hecho lo hacen, en la práctica cotidiana de los enfermeros. Las fuerzas que influyen en la profesión quizá no se limiten a aquellas que emanan exclusivamente de la ley sobre la práctica de la enfermería. Con pocas palabras, cabe reconocer explícitamente

toda la amplitud de la definición establecida por Styles y Affara (1997). Sin embargo, el trabajo de Benton y Morrison (2009a) no delinea completamente los distintos actores, el ámbito y extensión de sus aportaciones o cómo interactúan entre sí. Algo que quizá no sorprenda porque refleja la situación y conclusiones alcanzadas por Black (2002) en su exploración de la literatura sobre regulación señalando que:

“Una vez que la regulación no se ve como algo vinculado exclusivamente o incluso predominantemente con el Estado, no está claro dónde están sus fronteras como práctica social o disciplina académica”.

Black (2002)

Tras preparar este tema de investigación realizando amplias revisiones de la literatura, cabe llegar a la conclusión de que la regulación de la profesión de enfermería, en general, es un tema que se ha investigado poco, tal y como demuestra la casi completa ausencia de publicaciones académicas sobre este tema. Este déficit de evidencia, al menos en parte, se puede explicar gracias a los descubrimientos realizados por investigadores canadienses y británicos que apuntan a que las profesiones sanitarias en general (Conference Board of Canada, 2007) y los enfermeros en particular saben muy poco sobre la cuestión e incluso confunden las responsabilidades del regulador con las de la asociación profesional y el sindicato (JM Consulting, 1998). Buena parte del material a disposición, hasta ahora, se ha elaborado bajo los auspicios del Consejo Internacional de Enfermeras, que ha tendido a recurrir a líderes enfermeros y funcionarios gubernamentales para recabar información fundamental para esta labor. Estas publicaciones a menudo se basan en el análisis y las contribuciones realizadas en talleres (CIE, 1960; CIE 1969; CIE, 1985; Affara y Styles, 1992; Styles y Affara, 1997; Bryant, 2005). Se han publicado como una serie de informes de proyecto y monografías y, a pesar de haber sido sometidas a revisión por parte de expertos, a menudo no contienen una explicación detallada sobre los métodos de investigación, análisis y argumentación para la elección de las muestras. Buena parte de esta labor, incluido el influyente estudio “The Nursing Regulation: Moving Ahead”, –lanzado en 1988 y financiado principalmente mediante una beca concedida por la Fundación W.K. Kellogg con una cobertura considerable en todo el mundo (11 talleres con representantes de 77 países)– casi no analiza los pormenores de ninguna base teórica y conceptual que sostenga el estudio (Affara y Styles, 1990). Resumiendo, existe, como mucho, una exploración parcial basada en la investigación del tema de la regulación enfermera.

ES EL MOMENTO DE CAMBIAR

La profesión de enfermería y la función de los enfermeros ha sido objeto de considerables cambios en las últimas décadas. Sin embargo, hasta la fecha, la investigación y el análisis del tema de la regulación enfermera y su impacto prácticamente no se ha estu-

diado utilizando planteamientos rigurosos basados en la investigación. Aunque es posible encontrar un amplio abanico de documentos de opinión (Esterhuizen, 1996; Rowell, 2003; Benton, 2007b), éstos carecen de rigor académico y, como tales, no proporcionan una base de evidencia para apoyar un nuevo diseño de la regulación profesional actual basado en la evidencia.

En numerosas jurisdicciones la práctica de los enfermeros se enmarca en leyes de práctica enfermera que han evolucionado con el paso del tiempo. En la literatura anglófona, se reconoce que la regulación moderna de la profesión se ha realizado tras el establecimiento de la regulación médica en 1858. En el caso de la regulación enfermera, aunque el debate comenzara en Inglaterra, la primera ley de práctica enfermera se aprobó el 12 de septiembre de 1901 en Nueva Zelanda. Esta ley, junto con las de la profesión médica, estaba basada en aquello a lo que se había hecho referencia de forma continuada como ‘modelo de auto-regulación’. No es el único modelo ya que en numerosas jurisdicciones hay un modelo estatal centrado exclusivamente en una única disciplina o en un paraguas más amplio o se aplica un acuerdo general. En otros casos, se utilizan modelos que se pueden definir como de co-regulación en los que tanto el Estado como la profesión desempeñan roles definidos. En este capítulo, más adelante, se analizan estos distintos modelos de forma pormenorizada.

A pesar de la existencia de varios modelos regulatorios, la auto-regulación – término que más adelante se demostrará que se usa con bastante ligereza y distintas definiciones – es el planteamiento preferido y defendido por la profesión con el fin de que se utilice para regular la práctica de los profesionales (Chamberlain, 2009; Balthazard, 2010). Aunque se analiza con mucho mayor detalle en el presente estudio, se afirma que este enfoque se sirve de la experiencia de la profesión, actúa para proteger a los ciudadanos a la par que concede a las profesiones la autonomía necesaria para actuar de forma que permita evitar imperativos políticos. Con el fin de aclarar este punto, Balthazard (2010) describe la auto-regulación de la siguiente manera:

“...planteamiento basado en el concepto de que un colectivo profesional alcanza un acuerdo con el gobierno para regular y controlar formalmente las actividades de sus miembros”.

Al reconocer esta preferencia por la auto-regulación, quizá sorprenda que haya diferencias de opinión al respecto. Los debates sobre la finalidad primordial de la auto-regulación se ciñen a dos campos generales: los defensores de este planteamiento están convencidos de que es la mejor forma de proteger a los ciudadanos (Styles y Affara, 1997; Bryant, 2005) pero sus detractores consideran que la auto-regulación es para la protección y promoción de la profesión (National Consumer Council, 1999). Independientemente de la opinión que se tenga al respecto, la auto-regulación profesional es un modelo que permite que el gobierno tenga algún control, establecido normalmente en la legislación y decreto (ley) correspondiente, sobre la práctica de la profesión y los servicios que ésta presta sin la necesidad de tener conocimientos y experiencia especializados para

regular la profesión dejando los poderes al respecto en manos del órgano regulador en virtud de la ley.

En los últimos años, se han manifestado otros puntos de vista que ponen en tela de juicio el concepto de auto-regulación. Ésta ha sido objeto de un intenso análisis por parte de los profesionales, los medios de comunicación y la sociedad (Salter, 2004; National Consumer Council, 1999; Gladstone et. al., 2000; Bartle y Vass, 2005; Conference Board of Canada, 2007; Young 2009). Buena parte de este interés se ha debido a importantes fallos que se han producido en los sistemas de regulación en vigor. En realidad, estos casos de perfil alto, como por ejemplo el fallecimiento innecesario de niños en Bristol, la retención de órganos sin permiso en Alder Hey o la muerte de forma ilegal que Harold Shipman ocasionó a más de 200 personas, han sacado a la luz un intenso debate sobre cómo están reguladas las profesiones sanitarias en general y, en particular, la profesión médica.

El problema de los profesionales díscolos ni es nuevo ni se circunscribe únicamente al Reino Unido y, aunque la profesión de enfermería ha estado implicada únicamente hasta cierto punto en estos casos más recientes y abyectos, no se puede ignorar la gran atención que atraen para la profesión porque la enfermería también ha tenido su parte de profesionales infames. Jane Toppan confesó 31 asesinatos en 1901 en Estados Unidos; Beverly Allitt en el Noroeste de Inglaterra asesinó a cuatro niños e hirió a otros nueve; Christine Malevere mató a seis de sus pacientes en un hospital cerca de París, Francia; Charles Cullen asesinó a al menos 29 personas en más de 16 años en 10 centros de salud distintos de dos estados diferentes de América; y Daisuke Mori, en Japón, fue condenada a cadena perpetua por el asesinato de una persona y el intento de asesinato de otras cuatro. Con una historia así, los enfermeros no pueden ignorar los llamamientos que han llegado recientemente para revisar la regulación de la profesión con el fin de que los pacientes y los ciudadanos estén protegidos adecuadamente. Estos llamamientos han desembocado en propuestas de cambio concretas en el Reino Unido y otros lugares (van Zwanenberg, 2004; Allsop y Jones, 2006; Federation of State Medical Boards, 2008). Sin embargo, los cambios propuestos para la regulación profesional no se pueden analizar de forma aislada sino en el marco del contexto más extenso de las inquietudes del gobierno y la necesidad de revisar la regulación en su más amplio sentido (Better Regulation Taskforce, 2005; Regulation Taskforce, 2006).

Parte de esta mayor atención se ha producido por las exigencias manifestadas por las empresas para llevar a cabo una desregulación que elimine burocracia innecesaria como por ejemplo propuestas diseñadas para facilitar la libre circulación de personas con el fin de permitirles prestar sus servicios en otros países (Smith, 2007; Better Regulation Taskforce, 2005; Monetary Authority of Singapore, 2010). Si estos factores no bastan para provocar el cambio, entonces es necesario reconocer que el amplio alcance de la crisis económica de 2008 puede ser uno de los principales motores del cambio. Especialmente a la luz de una mayor globalización, en muchos países se está pidiendo una revisión de la regulación en ámbito financiero y, por consiguiente, también se está solicitando que se actúe en todo el mundo en materia de regulación (UNCTAD 2010). De

hecho, tras la crisis financiera, los análisis más recientes sobre gobierno corporativo, a menudo asociados a la literatura en materia de regulación, parecen proponer la necesidad de prestar mayor atención:

“Se reconoce cada vez más que muchas de estas debilidades en materia de gobierno son aplicables a otras áreas. En consecuencia, las actuales reformas de los sistemas de gobierno corporativo en numerosas jurisdicciones no se aplican únicamente al sector financiero sino también a otros sectores en general.”

UNCTAD (2010)

De hecho, esta atención ya ha comenzado como resultado de fallos consistentes y persistentes en la gobernanza y actuación del Nursing and Midwifery Council del Reino Unido (Council for Health Care Regulatory Excellence, 2012). De este modo, si la regulación profesional de los enfermeros debe satisfacer las necesidades de hoy día de pacientes y ciudadanos entonces no solo es necesario considerar el contexto más amplio sino también las exigencias específicas tanto actuales como emergentes.

El presente estudio se basa en la creencia de que la profesión estará en mejor situación para modelar la siguiente generación de procesos regulatorios y proteger así a los ciudadanos si utiliza las actuales experiencias en planteamientos de regulación y las analiza teniendo en cuenta los retos de hoy día y del futuro. Asimismo, el investigador también sostiene que la reforma regulatoria no puede existir en un vacío. Como el nuevo diseño de los sistemas sanitarios en el corazón de numerosas políticas nacionales, estas fuerzas, junto con cambios más amplios como mayores acuerdos de comercio que facilitan considerablemente la libre circulación de personas, influyen, reaccionan e interactúan con la función cambiante de los enfermeros en la sociedad y nuestros sistemas de salud (Organización Mundial de la Salud, 2010a). Además, los cambios a nivel profesional como la influencia de toda una serie de factores de empuje y tirón (Buchan, 2006) está contribuyendo a la dinámica del cambio regulatorio. Por ejemplo, los enfermeros que hayan recibido su título en una jurisdicción se pueden desplazar a otra y, como resultado, estar sometidos a un régimen regulatorio distinto y/o abordar complejos requisitos de adaptación (Bryant, 2005). Los ciudadanos también forman parte del motor del cambio porque cuanto más información existe para el público en general sobre la calidad de los cuidados y las posibilidades de tratamiento, más cambia la relación entre la profesión y los ciudadanos (Salter 2004). Asimismo, a través de mecanismos como el turismo sanitario en el que el paciente decide desplazarse a otro país para recibir tratamiento de igual o mejor calidad, a menudo a un precio inferior y/o en un plazo de tiempo menor, los enfermeros cada vez prestan más servicios a personas que provienen de países con distintos marcos regulatorios (Benton 2011). Por último, como los gobiernos cada vez aprecian más dificultades en el control de los costes de la asistencia sanitaria e, invariablemente, buscan rentabilidad, se están introduciendo nuevas categorías de trabajadores y está cambiando el ámbito de la práctica de los profesionales existentes (Organización Mundial de la Salud, 2008). Éstos son solo algunos de los factores contextuales que influyen en la prác-

tica en este momento y cada uno de ellos influye, en mayor o menor medida, en la forma en que se regula la enfermería.

Un análisis inicial de la regulación de la regulación y legislación en materia de enfermería ha puesto de manifiesto diferencias significativas entre jurisdicciones en el ámbito de los poderes otorgados mediante las leyes sobre la práctica enfermera, la composición y el nivel de autonomía de los organismos encargados de ejercer dichos poderes y los procesos aplicados a estos efectos (Benton y Morrison (2009b). Sin embargo, tal y como se expone en la definición de Styles y Affara (1997) puede haber muchos más actores que influyen y modelan la práctica de los enfermeros y, como resultado, parece especialmente oportuno actualizar nuestra comprensión de a qué nos referimos al hablar de regulación profesional de la enfermería y cómo llevarla a cabo.

MARCO TEÓRICO

Se ha sugerido que la regulación de la enfermería ya no es el único mecanismo para garantizar la seguridad de los pacientes sino que ***“forma parte de una orquesta”*** que colectivamente contribuye a su seguridad (Benton y Morrison 2009a). En resumidas cuentas, la forma en la que se controla la práctica de un enfermero es más compleja que en el pasado. Bouchard (2008) cuando analiza cómo los modelos sistémicos podrían explicar la regulación de la investigación médica y el desarrollo de productos, señala que en el pasado los modelos lineales tendían a dominar el análisis del comportamiento de las personas. Sin embargo, afirma también que estos modelos lineales tienen poco alcance y son sencillos en la naturaleza de sus supuestos y las condiciones operativas que los caracterizan. De hecho, Bouchard (2008) continúa afirmando que, a pesar de la buena intención subyacente, los modelos lineales tienden a acumular conocimientos en relación con pequeños compartimentos estancos y que, como tales, a menudo inhiben o incluso impiden, a causa de consecuencias no intencionadas, la finalidad que pretendían alcanzar. Consiguientemente, defiende el uso de modelos sistémicos que considera mucho mejores para abordar cambios complejos y dinámicos en los que influyen numerosos factores que interactúan entre sí.

TEORÍA DE LOS SISTEMAS ABIERTOS

En los años 40, al analizarse los sistemas biológicos, se atribuyó a Ludwig von Bertalanffy el planteamiento de la teoría de los sistemas abiertos y se denominó ‘teoría general de sistemas’. Desde entonces, este enfoque se ha aplicado a la investigación de gran cantidad de áreas y, como resultado, se ha reelaborado la base teórica. Más concretamente, la teoría de sistemas generales se afinó gracias a la labor de Kast y Rosenzweig (1972) al describir siete conceptos clave especialmente relevantes para el objetivo de este estudio según se observa en la Tabla 1 que contiene una descripción sucinta de cada concepto ofreciendo breves ejemplos de su relación con la regulación de la enfermería.

Tabla 1. Conceptos de la teoría de los sistemas abiertos e ilustración de su relación con la regulación de la enfermería

CONCEPTO Y DESCRIPCIÓN	APLICACIÓN DEL CONCEPTO A LA REGULACIÓN DE LA ENFERMERÍA
Abierto al entorno. El sistema puede interactuar con el entorno y, como resultado, crecer y cambiar con el paso del tiempo.	A medida que los enfermeros han pasado de formarse en escuelas de formación enfermera situadas en hospitales a prepararse en universidades, el contenido y nivel de los currículos, han modificado los mecanismos de aprobación y regulación de los distintos programas.
Subsistemas interrelacionados. El sistema contiene una serie de subsistemas interrelacionados que da lugar a que el comportamiento de todo el sistema sea mejor que la suma de sus partes.	El sistema regulatorio de la enfermería contiene una serie de subsistemas que se establecen a menudo como poderes en virtud de la legislación: el poder de establecer estándares de acceso y formación, el poder de abordar deficiencias en la conducta y la competencia, etc.
Procesos de <i>input-transacción-output</i>. El sistema recibe constantemente <i>inputs</i> y los transforma en <i>outputs</i> .	Los sistemas regulatorios de la enfermería controlan el acceso de los estudiantes enfermeros a programas formativos aprobados y, al culminar la formación tanto teórica como práctica, obtienen, en ocasiones tras una evaluación final, una cualificación enfermera y una licencia para ejercer.
Teleología o finalidad. Se afirma que el sistema estudiado tiene una finalidad u objetivo.	Las publicaciones más recientes en materia de regulación de la enfermería coinciden en que la finalidad primordial de dicha regulación es proteger a quienes son objeto de las acciones de los enfermeros.
Retroalimentación. Es el mecanismo para realizar una comparación de los efectos planificados con aquellos deseados para tener un medio que permita considerar la diferencia y alcanzar mejor los resultados deseados.	El sistema de retroalimentación en la regulación de la enfermería está diseñado para garantizar que los enfermeros están habilitados para ejercer, tanto en la actualidad como en el futuro. Ello implica el uso de procesos de conducta y competencia y, en cada vez más países, la existencia de registros vivos con requisitos de formación continuada o en materia de competencia continuada.
Homeostasis. Es la capacidad del sistema de alcanzar un estado de equilibrio dinámico.	La regulación de la enfermería debe garantizar que los enfermeros están habilitados para ejercer y cubren las necesidades de los pacientes y la población. A medida que cambian las necesidades de salud, los sistemas sanitarios evolucionan y, en consecuencia, la regulación evoluciona a través de mecanismos como la aprobación y acreditación de programas establecidos junto con los cambios en los ámbitos de la práctica, lo cual permite alcanzar la homeostasis.
Equifinalidad. Es la capacidad de un sistema de alcanzar el mismo estado final independientemente de las distintas condiciones de partida.	Los órganos reguladores están introduciendo cada vez más itinerarios múltiples de acceso para la obtención de la licencia de enfermería. Algunos países tienen enfermeros con la misma licencia pero con títulos académicos distintos para la colegiación inicial (diploma grado asociado, licenciatura y máster). En algunos países, gracias a programas de convalidación, se puede acceder al segundo año de programas dirigidos a enfermeros colegiados tras culminar la formación como auxiliar o trabajador sanitario. Asimismo, los enfermeros con el título de enfermeros enrolados o enfermeros prácticos con licencia pueden, tras un programa adicional, pasar al nivel de licencia de enfermero colegiado.

TEORÍA DE SISTEMAS ABIERTOS Y CAMBIOS EN EL TERRENO

DE LA REGULACIÓN

Se han publicado numerosos libros destinados a analizar los cambios en el entorno de la regulación. Algunas organizaciones como el Consejo Internacional de Enfermeras y varios órganos reguladores han realizado, a menudo de forma recurrente, análisis del entorno que muestran distintas tendencias y cuestiones que influyen en la regulación de la enfermería. Sin embargo, ninguno de ellos, ni las publicaciones consideradas, han utilizado el marco de sistemas abiertos para apoyar estos análisis. En la preparación de esta sección se ha revisado la literatura al respecto utilizando los siete conceptos del marco de sistemas abiertos para explorar el contenido de las publicaciones. Como resultado, se ha des-
tapado una cantidad considerable de temas y subtemas.

Abierto al entorno

Del análisis de la literatura resulta evidente que hay una amplia serie de temas que influyen en la macro dirección, diseño y funcionamiento de la regulación profesional en este momento. Por ejemplo, al proporcionar evidencia al Gobierno de Australia cuando éste estaba estudiando la reforma de los sistemas regulatorios, Professions Australia (2005) afirmó:

“Resulta patente que equilibrar el flujo de graduados con las necesidades de cada comunidad es un tema cada vez más importante. La globalización, los cambios tecnológicos y demográficos y el deseo de mantener un crecimiento económico positivo únicamente aumentará la presión sobre los gobiernos y otros grupos de interés para que lleven a cabo las acciones pertinentes con el fin de apoyar y emprender iniciativas destinadas a abordar los desequilibrios en materia de trabajo y habilidades. Si no se anticipa la situación y se da una respuesta adecuada a estos retos, se corre el riesgo de sufrir consecuencias adversas en el empleo, los ingresos y su distribución y la cohesión social a largo plazo”.

En las siguientes secciones, a través de los distintos conceptos abarcados en el marco de sistemas abiertos, se analizarán las distintas dimensiones señaladas anteriormente (demografía, necesidades, economía, globalización y tecnología) y se enriquecerán con los puntos de vista de otros autores.

Fuerza laboral

En la literatura sobre regulación a menudo se aborda la cuestión de la influencia de ésta en la fuerza laboral. Sin embargo, este tema de carácter general parece estar formado por tres dimensiones específicas.

- Reconocimiento mutuo, migración y movilidad de la fuerza laboral.
- Reforma, eficiencia y eficacia de la fuerza laboral.

- Planificación de la fuerza laboral.

Se ha reconocido la carencia mundial de enfermeros y su mala distribución en y entre jurisdicciones y sectores (público–privado–voluntariado) y la distribución geográfica en los distintos países (OMS, 2006). Esta carencia ha contribuido a un incremento de la emigración de enfermeros desde las zonas rurales a las urbanas, así como de un sector a otro y de una jurisdicción a otra (a menudo desde economías en desarrollo hacia economías desarrolladas). Los gobiernos se han sentido frustrados a la hora de corregir estas carencias cuando sus esfuerzos se han visto impedidos por lo que consideran barreras regulatorias al reconocimiento mutuo, las migraciones y la movilidad de la fuerza laboral (OMS, 2006). Conseguir un equilibrio adecuado entre tramitar rápidamente las solicitudes y la necesidad de garantizar que los enfermeros no solo estén cualificados adecuadamente sino que tampoco tengan ninguna denuncia pendiente en materia de conducta puede generar una cantidad de trabajo considerable para los reguladores. En este sentido, Benton (2011a) también resalta el contexto de la reciente crisis económica:

“Existen numerosos órganos reguladores que deben afrontar el tema de la gran cantidad de enfermeros que se desplazan de un lugar a otro y la cuestión de la práctica jurisdiccional constituye una dificultad importante, especialmente cuando la dirección y magnitud de los flujos puede variar de forma tan rápida e impredecible”.

La carencia de enfermeros también ha provocado que los gobiernos se centren más en una reforma de la fuerza laboral en aras de soluciones más eficientes y eficaces analizando a menudo la posibilidad de introducir nuevas categorías de trabajadores o a través de cambios en los actuales ámbitos de la práctica. Estas nuevas categorías, al menos inicialmente, a menudo no están reguladas y, como resultado, es habitual que surjan preguntas sobre quién hace qué y con qué estándar. Asimismo, frecuentemente es objeto de debate quién se encarga de formar y supervisar a estos nuevos grupos (OMS, 2008).

La tercera dimensión que atrae bastante atención es la ausencia de sistemas de planificación de la fuerza laboral integrales y eficaces. Carlton (2006) afirma enérgicamente:

“Quizá el imperativo que guía la reforma y la racionalización de los acuerdos de regulación para las profesiones sanitarias es la necesidad de un sistema regulatorio que optimice la flexibilidad y sostenibilidad de la fuerza laboral sanitaria. Los diarios informan de una crisis en nuestro sistema de salud con carencia de médicos, enfermeros y muchos otros profesionales sanitarios afines. La presión es especialmente grande en los hospitales públicos y en los ámbitos de la salud mental y los cuidados a la tercera edad. Se prevé que estas carencias aumenten en los próximos cinco a diez años”.

Hace tiempo que la OMS (2006) ha reconocido las deficiencias en los actuales sistemas de planificación de la fuerza laboral pero cuando se analizan las opiniones de Carlton (2006) en el contexto de las manifestadas por la Pew Health Professions Commission (1995b), que reconocen que puede haber oportunidades adicionales, como por ejemplo:

“como la mayoría de los profesionales sanitarios están sujetos a licencia, están certificados o colegiados por juntas o departamentos estatales, ya existe un vínculo fundamental entre las profesiones y las agencias estatales de regulación. Esta relación podría servir para una recopilación de datos accesible, estandarizada y sencilla dirigida al análisis y la planificación de la fuerza laboral. La recopilación de datos básicos sobre el personal sanitario por parte de las agencias reguladoras incrementaría enormemente la eficacia tanto del sistema regulatorio actual como del sistema de salud en sentido más amplio”.

Se podría encontrar una solución si, tal y como sucede en algunas jurisdicciones, las funciones principales del regulador se ajustaran para facilitar dicha aportación facilitando datos de forma habitual, oportuna y precisa sobre las reservas, flujos y perfiles demográficos de las distintas categorías de colegiados.

Economía y mercados

La crisis económica de 2008 ha tenido un gran impacto tanto en los sistemas sanitarios como en los órganos que regulan las profesiones (Benton 2011a). En los distintos artículos publicados destacan considerablemente los recortes de recursos en términos de prestaciones de los sistemas sanitarios y el funcionamiento de los órganos reguladores así como la globalización del mercado y las reformas.

Los países con dificultades para mantener su deuda nacional bajo control, en algunos casos, han tenido que efectuar recortes considerables en el gasto público. En aquellos países en los que el sistema de salud es público, estos recortes han provocado reducciones en términos de personal, congelaciones o recortes salariales y racionalización de los servicios, Royal College of Nursing (2011). Med-Emerg Inc (2005) señala que cuando no hay puestos permanentes a tiempo completo o las condiciones laborales no satisfacen las expectativas de los profesionales, éstos pueden marcharse y buscar trabajo en otra jurisdicción. En el caso de aquellos países en que el presupuesto de los reguladores está controlado por el gobierno, éstos también han tenido que afrontar recortes presupuestarios. La Federation of State Medical Boards, (2008) señala que:

“Una gran dificultad que tienen los reguladores médicos para innovar se debe a la variabilidad de los fondos a su disposición como consecuencia de diferencias en los ingresos anuales por cuotas.”

Asimismo, la Federation of State Medical Boards, (2008) resalta que:

“En el mundo real, las cuotas relativas a la licencia a menudo se establecen a un nivel que la junta percibe que los miembros no tolerarán y que, en Estados Unidos, las asambleas legislativas estatales autorizarán. La autoridad reguladora debe, entonces, personalizar el tipo y naturaleza de su labor con arreglo a unos recursos inadecuados.”

Por consiguiente, las restricciones en términos de recursos pueden tener un doble impacto en el órgano regulador, es decir, una mayor carga laboral porque tramita solicitudes para aquellos que se desplazan entre jurisdicciones a la par que exigencias gubernamentales para reducir costes. Por consiguiente, no se debe subestimar la importancia de la autonomía fiscal si el órgano regulador debe seguir asumiendo sus responsabilidades, especialmente en caso de escasez de recursos.

Además de las grandes presiones económicas debidas a la crisis de 2008, los cambios en el mercado, durante algún tiempo, se han debido a que se ha comprendido que la asistencia sanitaria está consumiendo demasiados de muchos de los recursos de la nación (Pew Health Professions Commission, 1995a). Estas fuerzas del mercado están modelando la estructura de los sistemas de prestación de cuidados ya que pretenden limitar los costes introduciendo cambios en el ámbito de la práctica de los profesionales así como realizando una combinación de prestación de servicios privada/pública (Pew Health Professions Commission, 1995b). Professions Australia (2005), al facilitar evidencia para una revisión efectuada por el gobierno sobre la regulación, resaltó que:

“Ahora los profesionales trabajan en un mercado más globalizado y necesitamos entender mejor la posición de los australianos en el mercado laboral mundial en relación con los trabajadores cualificados y qué factores influyen en la movilidad profesional. ¿Qué implican los nuevos modelos de empleo, nuevos tipos de organización laboral y las nuevas ideas sobre la adquisición de conocimientos y aprendizaje en la atracción y fidelización de profesionales en el futuro?”.

Por consiguiente, los reguladores deben estar por delante en estos cambios y ser capaces de garantizar que los mercados en fase de evolución tengan acceso a profesionales que estén adecuadamente formados y regulados.

Mejora de la calidad

A medida que la población está mejor formada, los sistemas de salud evolucionan y los ciudadanos tienen más fácil acceso a la información sobre opciones de tratamiento, los sistemas de salud y los profesionales sanitarios se han ido concentrando cada vez en la

mejora de la calidad (Department of Health 2008; Department of Health, 2009; y Association of Registered Nurses of Newfoundland and Labrador, 2010).

Varios autores han notado que a medida que los gobiernos han incrementado su atención hacia iniciativas sobre calidad, se ha introducido en los debates el tema del ámbito de los órganos reguladores en relación con otros sistemas de calidad. Más concretamente, Benton (2011a) resalta que como la formación de los profesionales se ha ido trasladando al sector de los estudios superiores, los sistemas universitarios obligatorios o los sistemas de acreditación voluntarios de tipo académico han comenzado a interactuar y, en algunos casos, a competir con los del órgano regulador. Benton (2011a) también afirma que los sistemas de los empleadores también pueden influir directamente en la capacidad de los enfermeros de cumplir los estándares profesionales y, por tanto, en la necesidad de que el regulador se centre no solo en la persona sino también en el ámbito más amplio en que ejerce. De hecho, en Canadá, la provincia de Ontario ha estado analizando la necesidad de:

“...conceder nuevos poderes a los colegios profesionales reguladores de la sanidad para realizar inspecciones integrales en ámbitos que actualmente no están regulados, como las clínicas de cirugía cosmética. Si se aprueba, la legislación otorgaría a los órganos reguladores el derecho a observar directamente el ejercicio profesional de los profesionales y vigilar cómo se realizan los procedimientos.”

Association of Registered Nurses of Newfoundland and Labrador (2010)

Este mayor interés en la mejora de la calidad también ha desembocado en una mayor vigilancia de los sistemas de regulación existentes. Los fallos aparentes y reales, a menudo sometidos a la atención de los gobiernos y la sociedad a través de los medios de comunicación, han planteado cuestiones sobre la capacidad de los sistemas regulatorios y quienes los dirigen, por ejemplo:

“Los casos de perfil alto, como el del hospital de Bristol, han alimentado la noción de que las juntas de colegiación son, de hecho, incapaces de afrontar adecuadamente los casos de aquellos profesionales cuya conducta está por debajo de los estándares y que éstas están fallando en su deber de proteger a los ciudadanos.”

Carlton (2006)

De hecho, Mastromatteo (2009) indica:

“...Existen fuerzas externas que pueden ejercer presión fácilmente en los órganos reguladores. En los últimos años, se ha apreciado un patrón en el que los medios de comunicación manifiestan dudas sobre la eficacia de un determinado órgano regulador y el gobierno realiza cambios o enmienda la legislación para incrementar la rendición de cuentas por parte del regulador”.

Mastromatteo (2009) afirma que:

“Nuestra profesión puede estar auto-regulada, pero eso no hace que seamos completamente autónomos. En última instancia, tenemos que rendir cuentas ante el gobierno y, si queremos mantener nuestro estatus de auto-regulación, tenemos el deber de buscar y adoptar las mejores prácticas en materia de regulación profesional y estar a la vanguardia a la hora de responder y adaptarnos a los cambios en las circunstancias. Solo podemos lograrlo mirando hacia el exterior y colaborando activamente con otros reguladores y con el gobierno. Mirarse al ombligo y buscar todas nuestras soluciones en el interior es una fórmula infalible para la obsolescencia”.

Los argumentos expresados por los autores anteriores en materia de mejora de la calidad ponen de manifiesto la necesidad de que los órganos reguladores tengan una visión tanto interior como exterior y estén preparados para ver e interactuar con otros sistemas afrontando cualquier dificultad de forma rápida, abierta y transparente. Norman (2002) sostiene que una mayor implicación de miembros *laicos* en los órganos de gobernanza así como la realización de consultas periódicas más completas pueden contribuir a lograr una actuación más responsable, independiente y mejor por parte de los órganos reguladores.

La Saskatchewan Registered Nurses' Association (2010) también sostiene que en esta era de mayor interés en la mejora de la calidad tanto los enfermeros como los órganos reguladores que establecen los estándares han de incrementar considerablemente sus conocimientos sobre mejora de capacidades y sus habilidades para liderar estas iniciativas.

Demografía y cambios en las necesidades de salud

Quizá no sorprenda que muchos de los documentos sobre el ámbito de la regulación sostengan la importancia de la demografía y los cambios en las necesidades de salud cuando analizan cómo se debe regular a los enfermeros (Pew Health Professions Commission, 1995b; Professions Australia, 2005; Carlton, 2006; Benton and Morrison, 2009a; Association of Registered Nurses of Newfoundland and Labrador, 2010; Saskatchewan Registered Nurses' Association, 2010). De hecho, en su estudio de los temas que influyen en la regulación, Med- (2005) sostiene:

“Los cambios en las necesidades de salud de las poblaciones deben ser la base (pero no la única consideración) de todas las decisiones y prácticas sobre la formación, certificación, licencia y pleno ámbito de la práctica de los prestadores de servicios sanitarios. Las necesidades de salud de la población y la evidencia de los resultados deben ser la base de lo que hacen los proveedores y lo que se les exige que hagan, considerando para ello su formación y capacitación”.

El cambio en términos de edad de numerosas sociedades con cada vez más ancianos y un menor índice de natalidad no solo requiere variar el foco de los programas de formación sino que también plantea la cuestión de quién prestará cuidados en el futuro si hay menos personas en edad de trabajar accediendo a la profesión de enfermería precisamente cuando están aumentando las necesidades en términos de cuidados (Benton y Morrison 2009a). A medida que las personas envejecen, necesitan una combinación de asistencia sanitaria y social, lo cual requiere que los reguladores reflexionen sobre cómo pueden trabajar entre sectores y/o analizar temas como la competencia compartida (Malvarez y Agudelo 2005).

La estructura de nuestras sociedades en términos de edad no es lo único que está cambiando ya que también está variando la distribución geográfica de las poblaciones. A medida que inician a proliferar las familias mononucleares y con varios miembros en numerosas sociedades, a menudo se deja a los ancianos en áreas rurales en las que los profesionales de la siguiente generación quizá adquieran experiencia limitada y tengan menos voluntad de trabajar una vez cualificados, (OMS 2010b; Chhea, et al. 2010; Buchan et al, 2011). Además de este cambio de población más duradero, también pueden ocurrir desplazamientos masivos como resultado de una catástrofe o conflicto que provoquen una redistribución significativa de personas, familias y poblaciones, frecuentemente con necesidades sanitarias agudas y crónicas considerables que pueden superar las posibilidades de los servicios locales y que fundamentalmente requieren competencias diferentes, especialmente en cuanto al establecimiento de prioridades y perspectivas éticas (CIE, 2009a).

El turismo sanitario, un fenómeno que se está produciendo en una serie de países, también puede plantear dificultades de regulación tanto en términos de preparación de los enfermeros locales para prestar servicios así como cuando los expertos visitantes solicitan ejercer en sus instalaciones.

Precisamente igual que está cambiando la demografía de la sociedad, también está variando el perfil de las enfermedades. Existen numerosas patologías que en el pasado eran endémicas y que ahora han desaparecido mientras que otras como el incremento casi exponencial en las enfermedades no contagiosas requiere que los reguladores vigilen atentamente estas tendencias para que las competencias y el contenido de los programas guarden coherencia con las necesidades de la población (Association of Registered Nurses of Newfoundland and Labrador, 2010).

De vez en cuando cambian los valores de nuestra sociedad y el resultado puede ser que los reguladores tengan que considerar atentamente las implicaciones de los principales documentos guía como por ejemplo los códigos de la práctica. Los debates que están surgiendo sobre temas como el aborto y la eutanasia pueden llevar a los profesionales a tener que abordar importantes dilemas si el regulador no está al día con estos cambios (van Bruchem-van de Scheur, et al. 2008).

Todos estos cambios demográficos y sociales están provocando una reforma de los sistemas de salud en la que es necesario reflejar el foco, las modalidades de prestación de servicios y las competencias requeridas en las acciones del órgano regulador. La Pew Health Professions Commission, (1995a) resume que:

“Un sistema emergente estará integrado si presta servicios de atención primaria. Esto significa que todos los profesionales sanitarios, generalistas y especialistas, habrán de ser capaces de comprender los valores y funciones de la continuidad de los cuidados de forma coordinada e integral, lo cual implica que todos los profesionales sanitarios, generalistas y especialistas, deben poder comprender los valores y funciones de dicha continuidad y dirigir sus prácticas para apoyar estas finalidades.”

Por consiguiente, cabe concluir y coincidir con las opiniones manifestadas por Med- (2005) de que los reguladores que deseen mantenerse al día con las necesidades de nuestros sistemas sanitarios y nuestra sociedad deben considerar atentamente los cambios en la demografía y en las necesidades de salud.

Tecnología

La Federation of State Medical Boards (2008) sostiene que la rapidez de los avances en los ámbitos de la tecnología y la ciencia está cambiando constantemente el rostro de la asistencia sanitaria. Además, hay autores que han determinado que la tecnología está influyendo tanto en la regulación como en la profesión (Irvine, 1997; Pew Health Professions Commission 1995a–b; Federation of State Medical Boards, 2008; Benton y Morrison, 2009a; Saver, 2010; y Benton, 2011). Estos cambios están teniendo una serie de efectos tanto en los requisitos actuales como en el rumbo futuro y se pueden considerar bajo tres subtemas:

- Tecnologías de la información y la comunicación.
- Modalidades de formación.
- Modalidades de tratamiento.

Los avances y el mayor acceso a las tecnologías de la información y la comunicación han permitido que progrese rápidamente la reforma e implantación de las historias electrónicas de los pacientes (Med-Emerg Inc 2005). El desarrollo de estos sistemas requiere que los órganos reguladores examinen las competencias que se exigen a los profesionales que las tienen que poner en práctica pero también es necesario revisar y fortalecer aspectos del código de conducta para fortalecer cuestiones relativas a la confidencialidad de la información y comportamientos éticos asociados con dichas historias a las que ahora se puede acceder desde numerosos lugares.

Junto con el tema del acceso a la información, la confidencialidad y los comportamientos éticos y en relación con los avances en las tecnologías de la información, cabe destacar el tema de la proliferación de las redes sociales en las que los enfermeros, a veces deliberadamente y otras inadvertidamente, han divulgado información sobre sus pacientes rompiendo así la confidencialidad. Además, a través de medios como Facebook o Twitter algunos enfermeros han entablado relación con los pacientes utilizando estos medios de comunicación social, lo cual a menudo ha provocado que se superaren los límites profesionales (Benton, 2011).

Desde el punto de vista de los estudiantes de enfermería, la fácil disponibilidad de material por Internet ha provocado que tanto los reguladores como las instituciones de formación necesiten desarrollar y/o fortalecer las políticas en materia de plagio (Benton y Morrison, 2009a). Por consiguiente, la tecnología se debe ver cómo un área que los reguladores deben vigilar frente a los nuevos retos.

A igual que Internet ha incrementado la cantidad de información disponible para el personal profesional, también ha ofrecido el mismo acceso a los ciudadanos. Sin embargo, se han manifestado dudas sobre la exactitud de dicha información así como sobre la existencia de una dimensión emergente en relación con la pobreza, es decir, quiénes tienen acceso a información y quiénes no lo tienen (Med-Emerg Inc, 2005). De este modo, las asimetrías en materia de información están disminuyendo para determinados segmentos de la población y la profesión mientras que para otros grupos la brecha informativa es mayor que nunca. En consecuencia, la capacidad de los ciudadanos de juzgar la calidad del ejercicio profesional de un enfermero u otro profesional sanitario puede verse cada vez más impedida para ciertos segmentos de la sociedad, a menudo aquellos que ya se considera que son los más vulnerables.

Sin embargo, la tecnología puede ser muy útil para aquellos reguladores que utilizan Internet para incrementar el acceso para conocer la situación de los profesionales a través de bases de datos públicas. Esto les puede ofrecer un medio “a distancia” y rápido de comprobar que la persona con la que están tratando o que les está prestando cuidados ha cumplido los estándares que exige el órgano regulador. Asimismo, estos sistemas pueden conceder acceso inmediato a documentos fundamentales que especifican los estándares y códigos de la práctica esperados de los profesionales. La Association of Registered Nurses of Newfoundland and Labrador (2010) también señala que además de publicar información para uso de los ciudadanos sobre los colegiados, los enfermeros también pueden utilizar la tecnología que ofrece Internet para actualizar sus expedientes y facilitar la información necesaria para la renovación de su licencia.

También están cambiando las modalidades de formación (Benton, et. al.^a, 2013). Internet ya se ha utilizado como fuente de información para impartir partes de algunos programas previos a la colegiación, así como, en algunos casos, toda la formación post-básica a través de educación a distancia utilizando CD-ROM o Internet (American Association of Colleges of Nursing, 1999). Este material, además del material escrito, puede

integrar contenido de audio, imágenes o vídeos. Además, en algunos países, hay un debate considerable sobre hasta qué punto las simulaciones, a menudo utilizando sofisticados maniquíes con procesadores informáticos integrados, pueden utilizarse para aumentar o incluso en algunos casos sustituir aspectos de la práctica clínica (Moule et al. 2006; Saver, 2010).

Las nuevas tecnologías están teniendo un impacto inevitable en la demanda de profesionales y las competencias que éstos han de tener. Sin embargo, estas mismas tecnologías también se pueden utilizar para monitorizar el progreso para alcanzar dichas competencias (Professions Australia, 2005). Saver (2010) afirma que:

“...la tecnología medirá y mantendrá la competencia de los enfermeros desarrollando mejores escenarios de simulación”.

Y la Pew Health Professions Commission (1995b) sostiene que:

“Las tecnologías emergentes en materia de información y las autopistas de la información ofrecen a los Estados oportunidades sin precedentes para crear un medio innovador de valorar tanto la competencia inicial como la competencia continuada.”

De momento, ningún regulador ha determinado cómo integrar estos sistemas de medición en una evaluación formativa o sumatoria de la competencia tanto en los programas iniciales o posteriores a la colegiación pero sin duda aquí se aprecia una oportunidad que los reguladores progresistas deben estudiar para explotar el potencial de las nuevas tecnologías. Sin embargo, hay una serie de jurisdicciones que están estudiando sistemas que ofrezcan una plataforma para exámenes o correcciones informáticos.

Professions Australia (2005) determina que las nuevas tecnologías están facilitando cada vez más que las profesiones puedan prestar servicios en amplias áreas geográficas. Aquí cabe incluir el caso de profesionales que están en una jurisdicción y prestan servicios a un paciente que está en otra. La situación de la prestación de cuidados entre jurisdicciones ha sido uno de los motivos para que el National Council of State Boards of Nursing de Estados Unidos estipulara un acuerdo general en materia de regulación (NCSBN, 2011a). Este acuerdo permite que un enfermero colegiado en una jurisdicción pueda ejercer en otro Estado firmante del acuerdo considerando su licencia original.

Benton (2011a) y Stacy y Menard (2006) resaltan que la nueva tecnología está desempeñando una función cada vez mayor para garantizar que la práctica basada en la evidencia sea la norma, mediante el uso de tecnología para incrementar la toma de decisiones. Estos sistemas proporcionan un acceso rápido a la evidencia más actualizada y validada asociada a las opciones de tratamiento. Sin embargo, Benton (2011a) saca a colación la necesidad de que los reguladores entren en contacto con los vendedores de software para garantizar que las implicaciones éticas y deontológicas se entienden y

abordan plenamente, especialmente en lo relativo a la confidencialidad y a que las herramientas de apoyo a la toma de decisiones se integran adecuadamente como parte de la prescripción del tratamiento y los sistemas de registro, de forma coherente con los códigos de conducta y los estándares de la práctica vigentes.

Educación y competencia

Med-Emerg Inc (2005) en su análisis sobre los temas que influyen en la regulación afirma que:

“En las últimas dos o tres décadas, se ha criticado la formación de los profesionales sanitarios por no ser capaz de adecuarse con suficiente rapidez a los cambios que se han producido en los sistemas de prestación de servicios y poder así responder a las necesidades y las expectativas de las personas.”

Esto no sorprende porque la brecha entre la formación y la práctica ha sido objeto de numerosas publicaciones. Por suerte, los descubrimientos de dichos estudios destacan por su coherencia al concluir que es necesaria una mayor colaboración entre ambos sectores tanto en el contenido de los programas como a la hora de ofrecer experiencia clínica de alta calidad, al mismo tiempo que han detectado la necesidad de que los reguladores revisen habitualmente los estándares (McCaugherty, 1991; Pew Health Professions Commission, 1995a; CIE, 2009b; y Odro et al., 2010). Los cambios y asuntos descritos en las secciones anteriores sobre *Demografía y cambios en las necesidades de salud y Tecnología* influyen tanto en el contenido del currículum como en la pedagogía. Sin embargo además de la necesidad de garantizar la competencia para ejercer por parte de quienes completan programas iniciales, se está reconociendo cada vez más que hay que abordar la cuestión de la competencia continuada. Por ejemplo, Casey (2008) afirma:

“En una era de rápidos cambios, ya no podemos asumir que un profesional sigue siendo competente simplemente porque se graduara en su día en una institución de formación reconocida”.

El National Council of State Boards of Nursing (2001) ha realizado estudios dirigidos a conocer la eficacia de los distintos planteamientos respecto a la prestación y evaluación de la competencia continuada. La evaluación de la competencia es, en la actualidad, objeto de un importante debate por parte de los órganos reguladores (Australian Nursing and Midwifery Council, 2009). El ímpetu para buena parte de este debate han sido, tal y como se comentaba con anterioridad, los casos de alto perfil en los que ha fallado la competencia y deontología de los profesionales (Salter, 2004; National Consumer Council, 1999; Gladstone et. al., 2000; Conference Board of Canada, 2007; Bartle y Vass, 2005).

Además, a medida que los sistemas de prestación de cuidados se han ido haciendo más complejos y han ido cambiando las necesidades de los pacientes, los reguladores han tenido que considerar cómo determinar las competencias compartidas y desarrollar una formación basada en el trabajo en equipo, acreditada, impartida y evaluada, a menudo utilizando escenarios con problemas a resolver trabajando en equipo (Med-Emerg Inc, 2005).

Cambios culturales y sociales

Tal y como se ha señalado en las secciones sobre “Fuerza laboral” y “Demografía y cambios en las necesidades de salud” se ha registrado una circulación cada vez mayor de profesionales y pacientes como resultado de las mejoras en los medios de transporte, la introducción de servicios como el turismo sanitario y el incremento de los acuerdos de comercio tanto bilaterales como multilaterales. Estos cambios requieren que los reguladores consideren hasta qué punto la preparación de los profesionales y su competencia continuada responde a las necesidades culturales de poblaciones muy diversas. El informe de la Pew Health Professions Commission (1995a) contenía algunos argumentos que, a pesar de ser específicos de Estados Unidos, se pueden aplicar a cualquier país cuya población se caracterice por su diversidad:

“No se puede prestar asistencia sanitaria con una única modalidad para satisfacer las necesidades de una sociedad tan diversa como la estadounidense. Para prestar cuidados adecuados, los profesionales han de ser capaces de apreciar la creciente diversidad de la población y las necesidades de entender la situación en términos de salud y atención sanitaria teniendo en cuenta distintos valores culturales”.

Pew Health Professions Commission (1995a)

La migración de enfermeros también plantea retos para el regulador que ha de seguir desarrollando su relación con entidades reguladoras de otras jurisdicciones para poder intercambiar información de forma oportuna pero también compartir buenas prácticas como resultado de este intercambio elaborando así nuevas ideas que permitan que los reguladores afronten los problemas desde distintos puntos de vista (Benton, 2011).

Además del cambio cultural, la literatura sobre las tendencias en el ámbito de la regulación también contiene numerosas referencias a la influencia de cambios más amplios en los valores sociales. Benton (2011a) y Med-Emerg Inc. (2005) señalan que la composición cambiante de la fuerza laboral enfermera, apartándose de lo que era una profesión dominada principalmente por mujeres para pasar a ser una profesión con un alto porcentaje de hombres y un incremento en el acceso de estudiantes maduros de ambos sexos que ya tienen bastante experiencia de vida, está influyendo en la forma en que es necesario preparar a los enfermeros. Professions Australia (2005) resalta el impacto que estos cambios pueden tener tanto en el equilibrio entre el trabajo y la vida personal así como en la naturaleza de las carreras al observar que:

“El cambio de actitud en cuanto al equilibrio vida laboral/personal (como para la generación X e Y), junto con un incremento del número de mujeres que accede a numerosas profesiones, está influyendo en la disponibilidad de habilidades profesionales. Cada vez hay más profesionales que deciden cambiar de carrera, trabajar para varios empleadores o solicitan un planteamiento más flexible al trabajo con contrato o a tiempo parcial”.

Professions Australia (2005)

Asimismo, Casey (2008) ha documentado una serie de cambios sociales que influyen en el funcionamiento cotidiano de los órganos reguladores. En particular, los gobiernos y los ciudadanos han solicitado en las últimas décadas mayor transparencia, justicia y proactividad en sus labores principales. Como esta cuestión no ha sido abordada, según Klein (1998) y Mastromatteo (2009) se ha erosionado la confianza en las profesiones sanitarias y en quienes las regulan. En consecuencia, se considera que cada vez es más urgente que el gobierno, los pacientes y otros grupos de interés clave participen en las actividades de los reguladores (Pew Health Professions Commission, 1995b; Norman, 2002; Surdyk et al., 2003; y College of Nurses of Ontario, 2006).

Comunicación

Es bien sabido que los órganos reguladores trabajan en un entorno mundial cada vez más complejo (Casey, 2008). Por ello, no solo deben garantizar que la comunicación con sus colegiados y grupos de interés nacionales sea proactiva y eficaz sino que también cada vez se hace más necesaria la comunicación con reguladores de otras jurisdicciones con el fin de tener una comprensión común de los temas al mismo tiempo que se respeta el hecho de que la forma de afrontar estos temas puede variar entre países y jurisdicciones (Norman, 2002; y Benton 2011).

Tal y como se indica en la anterior sección sobre “Cambios culturales y sociales” cada vez hay mayores expectativas de que los reguladores sean más transparentes y proactivos. Para que la comunicación sea creíble y comprensible, es importante que haya claridad en el uso de los términos. Hay una serie de investigadores que han señalado el problema de la falta de claridad (Pew Health Professions Commission, 1995b; y Benton y Morrison, 2009b). El Consejo Internacional de Enfermeras ha intentado afrontar este problema elaborando un léxico de términos en el que se establecen definiciones y en el que se resaltan las diferencias de uso entre jurisdicciones, en caso de que existan (CIE, 2005). La claridad en los términos facilita el diálogo entre jurisdicciones y disciplinas al mismo tiempo que puede contribuir a empoderar a los ciudadanos para que participen activamente en la labor de modelar las políticas y procesos en materia de regulación (Pew Health Professions Commission 1995a,b; Casey, 2008; Benton y Morrison 2009a). Asimismo, a causa de la mayor movilidad, estos léxicos pueden ayudar a los reguladores, de forma transparente y coherente, a tomar decisiones sobre solicitudes presentadas por colegiados para su reconocimiento en otra jurisdicción.

Subsistemas interrelacionados

Aunque la mejor forma de describir el debate anterior sería analizar el entorno externo y considerar los factores de macro nivel que influyen en la regulación, esta sección examina el meso nivel en el que distintos sistemas y actores interactúan y responden para resolver o abordar el impacto de factores en el macro entorno externo.

Al analizar la literatura en la sección anterior en relación con el concepto de “Abierto al entorno” se han hecho referencias a la necesidad de que los distintos grupos de interés trabajen juntos o que las distintas funciones colaboren de forma sinérgica. Considerando la observación sistemática de la literatura, es posible describir relaciones entre subsistemas en función de una serie de temas:

- Equipos clínicos.
- Sistemas educativos.
- Vínculos con la práctica.
- Reguladores, legislación y funciones reguladoras

Antes de revisar estos temas, es importante destacar que en términos generales la literatura señala que las relaciones entre los distintos elementos son complejas y dinámicas (Med–Emerg Inc 2005; Pew Health Professions Commission 1995a) y puede haber un cierto grado de inercia o incluso oposición tal y como indica la Pew Health Professions Commission 1995a:

“No se debe subestimar la dificultad de cambiar los patrones establecidos en materia de formación y práctica de los profesionales. A pesar de que existan fuerzas que animan a cambiar, sigue habiendo un sistema complejo de intereses públicos y privados, políticas profesionales y gubernamentales e independencia institucional que caracterizan a todo el sistema. Una buena parte está enfrentada a otras partes del sistema.”

Equipos clínicos

La Pew Health Professions Commission (1995a), Surdyk et al. (2003), Med–Emerg Inc. (2005) y la Federation of State Medical Boards (2008), y Frenk et al (2010) resaltan la importancia del trabajo en equipo y la necesidad asociada de reorientar los programas de formación, prevención de enfermedades y prestación de cuidados en la comunidad. También señala que con el fin de obtener mejores resultados para los pacientes, es necesario encontrar modalidades de trabajo más eficaces y eficientes.

Sistemas educativos

Para facilitar que los equipos clínicos sean eficaces es necesario abordar tanto los “Sistemas de formación” como las “Relaciones con la práctica”, (Benton y Morrison 2009a). El

College of Nurses of Ontario (2006) determina que para realizar cambios en los programas existentes es necesario considerar atentamente sus implicaciones en términos de recursos de enseñanza y aprendizaje, número y competencia de los profesores, puestos clínicos y supervisión. Professions Australia (2005) indica que para que este cambio funcione es necesario establecer una relación de co-dependencia entre la formación y la práctica.

Relaciones con la práctica

Benton y Morrison (2009a) resaltan la interdependencia entre la práctica y la formación al afirmar que:

“...las presiones económicas pueden provocar una carga laboral excesiva, supervisión inadecuada, falta de suministros y otros recursos. Todo ello puede poner en peligro a los pacientes y colocar a los enfermeros en situaciones en las que se puede ver comprometida su capacidad de prestar cuidados de conformidad con su ámbito y código de la práctica”.

Asimismo, la Federation of State Medical Boards (2008) indica que a medida que la asistencia sanitaria se vuelve más compleja, para ejercer de forma eficaz es necesario colaborar entre las disciplinas sanitarias así como garantizar el acceso a instalaciones y servicios especializados. Sin embargo, Irvine (1997) resalta que ante estas circunstancias la auto-regulación, tal y como la ejercen los profesionales a título individual, es de crucial importancia para mantener a los pacientes seguros frente a la aplicación creativa de ámbitos de la práctica permisivos. Norman (2002) integra todos estos aspectos al observar:

“En cuanto a las actitudes y comportamientos de los profesionales sanitarios y su habilitación para ejercer, el regulador rinde cuentas de manera justa y como es debido. Sin embargo, considerando la influencia del sistema nacional de salud como empleador y proveedor de formación clínica y financiador de la formación, es difícil separar las cuestiones sobre la habilitación para ejercer, la idoneidad para la finalidad y para premiar. Sin duda se debe ver como una gran colaboración entre los departamentos de salud de los gobiernos, los empleadores – sistema nacional de salud y sector independiente – los reguladores y las universidades, para poder obtener el producto adecuado (enfermero recién cualificado)¹.”

Norman (2002)

Reguladores, legislación y funciones reguladoras

La migración de enfermeros es un fenómeno común que ejerce una presión considerable en los órganos reguladores en los países/jurisdicciones de origen y de destino, (Kingma,

¹ Texto entre paréntesis introducido por el investigador para mayor claridad.

2006). Los países receptores han de ponerse en contacto con los de origen para obtener evidencia de la situación respecto a la colegiación de los enfermeros migrantes así como las transcripciones validadas de su programa de estudios. Los órganos reguladores pueden tener dificultades para saber a quién contactar, (Benton y Morrison 2009b). Incluso si el órgano receptor sabe a quién contactar, éste podría tener dificultades para interpretar si se han cumplido los estándares requeridos porque puede haber confusión por falta coherencia en los planteamientos, (Carlton, 2006). Cuando existen acuerdos de reconocimiento mutuo entre jurisdicciones entonces es más probable que haya contacto frecuente entre el órgano de origen y el de acogida, (Association of Registered Nurses of Newfoundland and Labrador, 2010). En consecuencia, es evidente que, con el incremento y la complejidad de los flujos migratorios, los sistemas regulatorios jurisdiccionales de los enfermeros forman parte de una red reguladora global más compleja y dinámica.

A causa de cambios en los ámbitos de la práctica, profesiones sanitarias reguladas por ley, enfermeros con autoridad para prescribir, leyes por las que se rigen las instituciones de formación que imparten programas de enfermería de forma separada de la ley de enfermería, es importante coordinar las leyes entre las distintas disciplinas y sectores con el fin de evitar incoherencias y conflictos de interés no intencionados, así como reducir las superposiciones e ineficiencias. Casey (2006) apunta a la necesidad de coordinación y colaboración al afirmar que:

“...para reducir la duplicación de esfuerzos en las funciones de regulación y acreditación, las juntas estatales y territoriales de colegiación para cada una de las profesiones sanitarias sujetas a colegiación han trabajado conjuntamente para establecer estructuras de cooperación nacionales”.

Sin embargo, Mastromatteo (2009) advierte sobre que una colaboración de este tipo no debe menoscabar la seguridad del paciente. De manera que, si se analizan la función de los equipos, la prestación de servicios de salud y los sistemas educativos asociados o los distintos acuerdos regulatorios y legislativos, las dinámicas de los subsistemas interrelacionados ofrecen tanto riesgos como ventajas que es necesario estudiar y comprender plenamente con el fin de alcanzar un funcionamiento óptimo de los distintos sistemas y garantizar la protección del paciente.

Procesos de *input*-transformación-*output*

Si los órganos reguladores deben mantenerse al día con los cambios en el entorno externo, entonces también habrán de cambiar los procesos internos detallados y el funcionamiento de dichos órganos. El estudio de la literatura apoya esta afirmación en especial en relación con el código de conducta, el ámbito de la práctica, la actualización del currículum, los requisitos de acceso, la competencia continuada y la competencia del profesorado.

Código de conducta

A medida que avanza la tecnología, aumenta la información a disposición sobre distintas intervenciones y cambian las actitudes y los valores de la sociedad, los reguladores han de examinar las bases éticas sobre las cuales descansa la profesión y reflejar la situación actualizando los códigos deontológicos (College of Nurses of Ontario, 2006). Y lo que es más importante, cabe recordar que el código deontológico es la referencia para juzgar la actuación de los enfermeros. A través de una mayor transparencia en los sistemas de gestión de quejas, incluyendo un mayor uso de los medios de comunicación social y la mejora de las técnicas web para sensibilizar, ha aumentado el número de reclamaciones sobre enfermeras, lo cual ha planteado problemas para el regulador a la hora de afrontarlas de forma oportuna, eficiente y eficaz (Ford, 2011).

El aumento en la demanda de investigar quejas ha planteado dificultades considerables para los órganos reguladores, especialmente para aquellos que han sufrido recortes en sus presupuestos, lo cual puede provocar retrasos en las investigaciones y mayores críticas por parte de los ciudadanos sobre el ejercicio de su función principal (Pew Health Professions Commission, 1995b). El College of Nurses of Ontario (2006) resalta la existencia de un problema potencial con los sistemas existentes en el sentido de que las quejas están protegidas a través del 'privilegio absoluto', lo cual significa que si una queja es debida a una situación de irritación o a un abuso de poder, según la legislación actual los reguladores han de examinarla hasta un cierto punto antes de rechazarla. Cuando se analizó este principio en los Tribunales de Ontario, éstos concluyeron que si se pudiera demandar a los reclamantes por haber presentado la queja, muchas personas serían reacias a presentar quejas y, por tanto, determinaron que el sistema actual debía prevalecer para evitar que quienes tienen quejas legítimas se desanimen a presentarlas.

Ámbito de la práctica

A medida que cambian las necesidades de salud, avanza la tecnología y se reforman los sistemas sanitarios para adaptarse a las exigencias que imponen la actualidad y la realidad financiera, se ejerce una presión considerable sobre los enfermeros para que trabajen de otra forma y asuman nuevas responsabilidades ampliando así su práctica (Pew Health Professions Commission, 1995a,b; Med-Emerg Inc, 2005; y Saskatchewan Registered Nurses' Association, 2005 y 2010).

Estos cambios están cargados de retos porque los ámbitos de la práctica a menudo están integrados en la legislación y hace falta bastante tiempo para realizar modificaciones. A menudo se acusa a las profesiones de no responder adecuadamente cuando en realidad son los gobiernos los que no logran encontrar suficiente tiempo en su legislatura para enmendar la legislación restrictiva (Benton, 2007a). Además de este 'retraso legislativo', se pueden producir otros retrasos a causa de tensiones entre distintos grupos profesionales cuando un colectivo como la profesión médica no quiere que otro colectivo como los enfermeros tenga derecho a prestar un servicio que antes era de dominio

exclusivo de los médicos, como en el caso de la prescripción (Abood y Mittelstadt, 1998; Fairman, et al. 2011).

Para sortear estos retrasos, los gobiernos han respondido, a pesar de la falta de evidencia de apoyo, creando nuevos modelos regulatorios de profesiones sanitarias con amplias disposiciones no exclusivas sobre los ámbitos de la práctica, con reservas únicamente sobre las actuaciones que plantean un riesgo considerable de provocar daños (Med-Emerg Inc, 2005). Este enfoque, junto con la creciente tendencia de distintas disciplinas a trabajar en equipos colaborativos plantea dificultades en los tribunales porque según la ley sobre agravios el foco está en la actuación de cada persona y no en el trabajo en equipo, y las actuaciones que antes realizaba un colectivo de profesionales como los médicos se utilizan como referencia para juzgar lo que se considera razonable o una práctica normal (Med-Emerg Inc, 2005).

En algunas ocasiones, estas barreras son más de actitud que efectivas y en una publicación del Department of Health for England y el Royal College of Nursing (2003) titulada 'Freedom to Practise: Dispelling the Myths' (Libertad para ejercer: disipando los mitos) se pone en tela de juicio toda una serie de aparentes barreras regulatorias y de otra índole y se promueven soluciones encontradas en otros lugares con el fin de que se adopten en todo el sistema.

Aunque se realizó hace bastante tiempo, el amplio trabajo sobre 'Critical challenges: Revitalizing the health professions for the twenty first century' (Retos críticos: revitalizando las profesiones sanitarias para el s. XXI) concluye que:

“En las actuales leyes sobre la práctica, no se reconoce fácilmente la posibilidad de superposiciones de los ámbitos de la práctica sobre la base de la competencia demostrada. En los últimos años se ha producido una enorme ampliación del ámbito de la práctica de algunos profesionales pero estos avances se han logrado con gran esfuerzo y se sigue luchando día a día con un gran coste a causa de las ‘guerras de poder’ que surgen cuando una profesión intenta ampliar su ámbito de la práctica. La necesidad de cuidados de salud accesibles requiere ámbitos de la práctica flexibles, reconociéndose así la existencia de distintos tipos de profesionales competentes que pueden prestar los mismos servicios de salud”.

Pew (1995a)

Transcurridos más de 15 años desde la publicación de este informe, la situación sigue siendo similar hoy día en numerosos lugares del mundo. Cada vez se realizan más intentos para abordar este problema y en la siguiente sección sobre Gobierno de los Órganos Reguladores, se analizará el uso de la 'Regulación Paraguas' y las 'Actuaciones Prescritas o Reservadas'. Sin duda, tal y como se afirma en una publicación posterior de la Pew Health Professions Commission 1995b, es necesario lo siguiente:

“Para que el ámbito de la práctica proteja de verdad la salud de los ciudadanos, los legisladores deben equilibrar los intereses en materia de calidad, costes y acceso”.

En este sentido, el autor de este estudio añadiría que la implementación de ámbitos de la práctica consensuados es igualmente importante y, por tanto, es necesario que los órganos reguladores puedan realizar una interpretación facilitada y empoderante de la legislación a la vez que ofrecen una orientación permisiva. Al mismo tiempo, es fundamental que los formadores asuman sus responsabilidades pertinentes con el fin de que los enfermeros tengan las competencias básicas para ejercer de forma segura y eficaz y que los empleadores cumplan con su obligación de crear entornos positivos para el ejercicio profesional en los que el colegiado pueda ejercer de conformidad con todo su ámbito de la práctica. Se trata de retos que requerirán una acción coordinada para resolver los problemas de calidad, coste y acceso a los que se enfrentan numerosos sistemas sanitarios.

Actualización del currículum

Los cambios en las necesidades de la sociedad y en los límites del ámbito de la práctica están provocando que los reguladores tengan que revisar las guías sobre el contenido del currículum para alinearlo con la competencia requerida para el ejercicio profesional de los enfermeros colegiados hoy día. Además, Pew (1995b) indica que:

“Los estándares y procesos de acreditación también han sido objeto de críticas por no mantenerse al día con los avances que se han producido en los conocimientos profesionales y la tecnología en materia de salud, limitándose así la innovación y perpetuándose los currículos estancados”.

Por consiguiente, es fundamental que los distintos ámbitos de la formación, la práctica y la regulación trabajen conjuntamente para lograr los resultados deseados.

Requisitos de acceso

Esta sección no examinará en detalle el planteamiento existente respecto a los requisitos de acceso, que se aborda posteriormente en la Tesis. En cambio, la presente sección analiza algunos de los cambios globales que están influyendo, o que influirán, en la forma en que los reguladores deberán cambiar sus procesos de *input*-transformación-*output*.

Actualmente, existe una base de evidencia consistente que señala la necesidad de incrementar el nivel de preparación inicial de los enfermeros hasta la licenciatura (McGillis-Hall, 1998; Buerhaus y Needleman, 2000; Aiken, et al., 2001). Informes recientes como el publicado por el Institute of Medicine de Estados Unidos (2010) sobre el Futuro de la Enfermería junto con el de la Prime Minister's Commission on Nursing de Inglaterra (2010) han recomendado la licenciatura como la cualificación para acceder al ejercicio profesional de la enfermería. Sin embargo, Benton (2011b) muestra sus críticas a ambos informes porque éstos no reconocen los cambios en la

estructura demográfica de la sociedad que están provocando una marcada reducción de la ratio de apoyo a la población (PSR, en sus siglas en inglés). En las próximas cuatro décadas, esta reducción en el PSR provocará dudas sobre si este estándar aumentado se puede mantener sin considerar de nuevo la combinación de habilidades, los ámbitos de la práctica y otros cambios. La reducción de la ratio de apoyo a la población implica que en los próximos años habrá menos candidatos para acceder a la profesión en un momento en el que aumentará la demanda de cuidados y disminuirán los fondos a disposición. Los órganos reguladores, los gobiernos, la profesión y la enfermería, por tanto, deberán estudiar de nuevo cómo mantener este nivel superior. Esto puede darse como resultado del incremento de la edad de jubilación, diversificación en la aceptación de estudiantes, impartición de programas de cualificación educativa estructurados y acumulativos, mediante la priorización de los servicios ofrecidos o una combinación de estos factores.

Aunque hay acuerdo sobre la preparación a nivel de licenciatura en números países/jurisdicciones, siguen existiendo variaciones considerables (Pew, 1995a). Esta variación plantea dificultades notables para los reguladores a los que a menudo se les pide que reconozcan cualificaciones de distintos niveles académicos, cuyo contenido varía, que se han obtenido en otros lugares. Adaptar dichas cualificaciones a los requisitos y estándares locales puede requerir mucho trabajo.

Competencia continuada

Tal y como se ha mencionado anteriormente, la competencia continuada ha sido objeto de gran atención a causa de varios casos de perfil alto en los que se ha visto que la práctica de los colegiados no ha estado a la altura de los estándares requeridos y esperados. La Federation of State Medical Boards (2006), gracias a una encuesta en relación con los profesionales médicos, y Benton y Morrison (2009b), al analizar la legislación relativa a los enfermeros, determinan que cada vez hay más órganos reguladores que examinan y efectúan intentos para garantizar la competencia en el momento inicial de la colegiación. Sin embargo, sigue habiendo variaciones considerables en cuanto a lo que hacen las autoridades para monitorizar y garantizar la competencia cuando se renueva la licencia.

Med-Emerg Inc (2005), Pew (1995a) y Saver (2010) señalan la existencia de un debate considerable pero solo evidencia limitada en relación con qué planteamiento adoptar para garantizar la competencia continuada. Se ha considerado la asistencia a eventos aprobados de formación continuada, la realización de un número mínimo de horas de práctica, revisión por pares, autocertificación sobre la propia "habilitación para ejercer" junto con el uso de simulaciones y la posibilidad de examinar de nuevo (Canadian Nurses Association, 2000).

Pew (1995a) resalta que la mayoría de los órganos reguladores

"...no requieren ninguna demostración de la competencia continuada. Los requisitos de formación continuada, aunque loables, no implican que un

profesional con licencia sigue siendo competente para realizar todo aquello que contempla su ámbito de práctica una vez obtenida la licencia inicial”.

Esta falta de requisitos junto con la debilidad de la evidencia sobre planteamientos eficaces para garantizar la competencia continuada podría ser la razón por la que:

“Los enfermeros informan de que los empleadores ofrecen poco apoyo para el desarrollo profesional. Menos de la mitad logran tener tiempo para su desarrollo profesional mientras que únicamente un cuarto de ellos consiguen recibir apoyo económico”.

Saskatchewan Registered
Nurses' Association (2005)

Como cada vez hay más gobiernos que solicitan que los órganos reguladores traten el tema de la competencia continuada de forma eficaz y eficiente y mejore la protección de los ciudadanos, es evidente que los reguladores, los empleadores y el sector de la formación deben desempeñar un papel al respecto (Surdyl, et al. 2003).

Competencia del profesorado

Una serie de autores ha determinado la importancia que tiene contar con un número suficiente de profesores bien preparados y motivados para lograr tener profesionales competentes (Med-Emerg Inc, 2005; Saver, 2010; and Affara, 2010).

Desde la llegada del siglo XXI, cada vez hay mayor sensibilización sobre el incremento de la carencia de profesores bien preparados (Benton et. al., en fase de publicación). La American Association of Colleges of Nursing (2005), la National League for Nursing (2006) y la American Association of Colleges of Nursing (2005) han realizado comentarios recurrentes sobre la situación y, junto con organizaciones como la Canadian Nurses Association en colaboración con la Canadian Association of Schools of Nursing (2008), han intentado cuantificar la envergadura del problema.

Saver (2010) señala que esta carencia estaba provocando tendencias muy preocupantes:

“Algunos Estados están siendo objeto de presiones para que disminuyan los estándares del profesorado como respuesta a la carencia de profesores, pero la mayoría de pedagogos y reguladores afirman que no es adecuado puesto que reducir los estándares quizá aumente el número de profesores y de enfermeras en la práctica, pero éstos quizá no sean competentes”.

El otro factor que está directamente relacionado con un número suficiente de profesorado es el sistema de reconocimiento y recompensa de las universidades. Med-Emerg Inc (2005) y Benton y Morrison (2009a) señalan que como la formación enfermera ha pasado a estar en el ámbito de los estudios superiores, el profesorado cada vez está más presionado para realizar tareas de investigación y publicaciones porque los sistemas de recompensa y reconocimiento de las universidades conceden gran valor a la excelencia en estas áreas por encima de la enseñanza, la práctica clínica, la supervisión, la función de mentores sobre los estudiantes y la gestión de departamentos y programas. Por consiguiente, aquellos profesores que trabajan en el departamento de enfermería son objeto de mayor presión y tienen una mayor carga de trabajo, lo cual, consideran algunos investigadores, contribuye a la carencia de profesorado (Canadian Nurses Association en colaboración con la Canadian Association of Schools of Nursing, 2008).

Teleología o finalidad

El examen de la literatura sobre los cambios en el ámbito de la regulación centrándose en la teleología o finalidad se reúne en dos áreas:

- Protección de los ciudadanos
- Promoción de la profesión

No sorprende la presencia de estas dos áreas porque replican el foco del modelo conceptual subyacente de regulación que se abordará en una sección posterior. Sin embargo, la literatura analizada en esta sección se centra en temas de carácter más amplio en relación con los cambios en el ámbito de la regulación.

Protección de los ciudadanos

La confianza de los ciudadanos en los órganos reguladores para proteger a los destinatarios de los cuidados se ha visto dañada a causa de fallos de perfil alto y se ha determinado que dichos órganos deben emprender acciones conjuntas para recuperar y/o mantener su confianza (Allsop, 2006).

Además del tema de la confianza, Carlton (2006) destaca la creciente complejidad y los requisitos superpuestos que se solicitan al regulador al afirmar que:

“Se espera que un sistema de colegiación menos fragmentado y mejor coordinado ofrezca las palancas necesarias para mejorar el despliegue de la fuerza laboral, generar eficiencia y promover la protección de los consumidores”.

Así que sigue habiendo consenso general tal y como afirman Jones-Schnek y Yoder-Wise (2002):

“La sociedad concede autoridad a la profesión en lo concerniente a funciones vitales para la misma y un grado de autonomía considerable para abordar sus asuntos. A cambio, se espera que las profesiones actúen de forma responsable teniendo en cuenta la confianza que los ciudadanos depositan en ellas. La auto-regulación para garantizar la calidad en las actuaciones es el corazón de esta relación. Es el sello distintivo de una profesión madura”.

La necesidad de mantener la confianza y afrontar demandas superpuestas es sin duda importante tanto en términos de seguridad de los ciudadanos y en relación con el estatus de la profesión. De hecho, Saver (2010) es especialmente contundente en este sentido al afirmar sin lugar a dudas que, **“La regulación debe reflejar las necesidades de la sociedad y no de la profesión”**. Saver (2010) continúa recordando a los lectores que **“si la enfermería está realmente al servicio de la sociedad”** entonces la posición del regulador debe apoyar las acciones centradas en la protección de los ciudadanos.

Promoción de la profesión

Algunos autores han indicado que la imposibilidad de los órganos reguladores de abordar eficazmente los casos de alto perfil se puede considerar como una prueba que lleva a promover la opinión de que:

“Para aquellos que no pertenecen a la profesión ya no es una verdad evidente que la auto-regulación es en interés de los ciudadanos”.

Casey (2008)

Asimismo, en aquellos países en los que existe la necesidad contratar enfermeros formados en el extranjero, algunos gobiernos opinan que los retrasos y el alto coste de los procedimientos que deben seguir los solicitantes demuestran que el regulador es excesivamente escrupuloso en relación con la seguridad de los ciudadanos al mismo tiempo que manifiesta una actitud proteccionista respecto a los enfermeros formados en su país (Association of Registered Nurses of Newfoundland and Labrador, 2010). También se ha afirmado que estos retrasos son uno de los factores para la racionalización de los sistemas regulatorios como la transición de un registro estatal a un sistema federal en Australia (Professions Australia, 2005).

Claramente hay oportunidades y amenazas al intentar alcanzar un equilibrio adecuado entre la protección de los ciudadanos y el desarrollo profesional. Saver (2010) lo resume bien al informar sobre una entrevista realizada a Buerhaus, quien afirma:

“Quiero estar convencido de que las normas están bien diseñadas y sirven para lo que se han creado y provoquen consecuencias mínimas no intencionadas. Las normas no deben impedir la innovación y la competencia”.

Retroalimentación

El Oxford English Dictionary (2010) define retroalimentación de la siguiente manera:

“La modificación, ajuste o control de un proceso o sistema (como una situación social o un mecanismo biológico) como resultado o efecto del proceso, especialmente a causa de una diferencia entre el resultado deseado y el resultado conseguido efectivamente. Información sobre el resultado de un proceso, experimento, etc. Una respuesta”.

El estudio de la literatura relativa a la regulación profesional muestra numerosos ejemplos sobre el uso de retroalimentación, algo que se tiende a englobar en dos categorías específicas:

- Retroalimentación sobre la actuación de un profesional.
- Retroalimentación sobre una actuación organizativa.

Sin embargo, es difícil separarlos adecuadamente porque la retroalimentación sobre un proceso organizativo puede tener al mismo tiempo un efecto en la persona y viceversa.

Desempeño individual

Considerando la finalidad declarada de proteger a los ciudadanos frente a las acciones de profesionales que actúan mal o están mal y/o preparados, quizá no debiera sorprender que muchos de los ejemplos de retroalimentación sobre los profesionales se centren en las quejas y/o la competencia.

Algunos de los mecanismos de retroalimentación forman parte de la categoría de acciones rutinarias o habituales como pedir al colegiado que renueve su licencia, pagar la cuota necesaria y realizar la declaración de haber llevado a cabo formación continuada, realización de las horas de práctica estipuladas y demostración del mantenimiento de su habilitación para ejercer. Seguidamente, se realiza una auditoría sobre un porcentaje de estos datos y, allá donde se aprecian problemas, se aplican acciones correctivas al colegiado en cuestión.

Existen otros mecanismos de retroalimentación cuya definición es que respondan a acontecimientos desencadenantes. Éstos pueden ser una queja de los ciudadanos, los

colegas o los empleadores o el resultado de una notificación por parte del sistema judicial de que un colegiado ha sido condenado por un delito. El regulador considera inicialmente la evidencia o alegaciones presentadas y si se manifiesta la existencia de un caso al que hay que responder, entonces se realiza una mayor investigación con los consiguientes procesos de análisis y se celebra un juicio. Las alegaciones pueden referirse a temas de salud, conducta o competencia.

Benton y Morrison (2009a) señalan que a medida que los sistemas regulatorios se vuelven más sofisticados, aumentan las opciones a disposición para abordar los casos de aquellos colegiados que han mostrado una actuación pobre o mal comportamiento. Resumiendo, antes el mecanismo de retroalimentación era muy rudimentario ya que o se eliminaba a la persona del registro como medida para proteger a los ciudadanos o se le dejaba seguir ejerciendo como si no se hubiera manifestado ninguna inquietud. Actualmente, sin embargo, se pueden imponer restricciones o condiciones a la licencia de los colegiados como por ejemplo poder ejercer únicamente en ciertos ámbitos y/o el requisito de realizar otro periodo de formación o práctica supervisada. Una vez cumplida la sanción, se evalúa de nuevo a la persona y si todo está correcto ésta se vuelve a inscribir en el registro y puede hacer uso pleno de su licencia.

Actuación organizativa

La retroalimentación sobre actuaciones organizativas puede abarcar toda una serie de temas y éstos pueden ser iniciados, desarrollados y afrontados por el regulador mismo o como resultado de una revisión externa (Pew, 1995b). La Association of Registered Nurses of Newfoundland and Labrador (2010) señala que:

“En el Reino Unido, el Council for Health Care Regulatory Excellence (un organismo de supervisión externo) ha realizado una revisión de la labor del Nursing and Midwifery Council (NMC) y se ha quedado seriamente preocupado por la actuación inadecuada por parte del NMC en relación con los procesos de habilitación para ejercer, el marco de gobernanza y la falta de liderazgo estratégico. El informe ha efectuado recomendaciones al NMC y al ministerio de Sanidad para abordar los problemas detectados”.

Tal y como se puede apreciar en la cita anterior, la revisión y retroalimentación resultante cubren tanto las operaciones como las responsabilidades estratégicas.

Pew (1995b) sugiere que es necesario examinar un abanico de áreas al valorar la actuación de los reguladores —asuntos de organización y administración, licencia, disciplina, formación, comunicación, información y actividades legislativas y políticas—. Hay varios autores que se han centrado en la necesidad de abordar los temas de actuación organizativa relativos al abordaje de quejas y casos disciplinarios. No afrontar estas quejas o temas de disciplina de forma oportuna pone a los ciudadanos en peligro si hay pro-

fesionales incompetentes que siguen ejerciendo y se corre el riesgo de que contribuyan a la erosión de la confianza en el órgano regulador (Pew, 1995b; Association of Registered Nurses of Newfoundland and Labrador, 2010). Asimismo, tener una queja pendiente contra un colegiado puede ir en detrimento del enfermero, que es probable que experimente estrés a causa del retraso y la incertidumbre (Pew, 195b).

Homeostasis

La revisión de la literatura en relación con los cambios en el ámbito de la regulación ha arrojado una serie de ejemplos de homeostasis. Estos ejemplos tienden a tener tres componentes:

- Identificación de una **tendencia o estímulo**.
- Declaración clara del **estado futuro deseado**.
- Una **respuesta innovadora y/o proactiva**

Considerando los orígenes del “Marco de Sistemas Abiertos” quizá no sorprenda que, en relación con los ejemplos encontrados sobre homeostasis, veamos tripletes de “estímulo” – “objetivo” – “respuesta”. Por ejemplo, Professions Australia (2005) concluye que:

*“Es necesario apoyar una mejor información sobre la fuerza laboral (**Tendencia – Estímulo**) mediante investigación más completa y de mejor calidad en materia de formación y habilidades (**Respuesta Innovadora/Proactiva**) para comprender mejor los temas económicos y sociales que influyen en la salud”. (**Estado Futuro Deseado**)*

Otro ejemplo proviene de Irvine (1997), que afirma:

*“Sin una coordinación eficaz, sin embargo, es difícil ver el cuadro general, es decir qué relación guardan las partes del sistema entre sí y si éste funciona bien en su conjunto (**Tendencia – Estímulo**). Sin duda, los mejores resultados se alcanzarán estableciendo la individualidad, con sus evidentes fortalezas, en un marco de objetivos consensuados y alianzas coordinadas, tanto en ámbito local como nacional (**Respuesta Innovadora/Proactiva**). Entonces, cada socio mantendrá una sensación de propiedad y éxito al mismo tiempo que contribuye a la finalidad común” (**Estado Futuro Deseado**).*

Existen numerosos ejemplos a disposición. Benton (2011a) se centra en los eventos de alto riesgo y las franquicias en el campo de la educación. La Federation of State Medical Boards (2006) facilita un examen completo sobre cómo la tecnología de imagen digital y bases de datos puede contribuir a la facilitación de información a los ciudadanos,

así como a la tramitación y administración de los expedientes de los colegiados y facilitar la portabilidad de la licencia. El trabajo de Horsley y Thomas (2003) e Irvine (1997) aborda los planteamientos para mantener la autonomía profesional utilizando la revisión por pares. Todos estos ejemplos demuestran la utilidad del modelo de sistemas abiertos en las tendencias y temas de análisis crítico y es evidente que la identificación de esta estructura de subcomponentes puede contribuir aún más al futuro análisis sobre la frecuencia y relación de la homeostasis con la otra dimensión del marco de sistemas abiertos.

Equifinalidad

Podría parecer que la equifinalidad se delinea de forma más prominente y adquiere una importancia cada vez mayor a medida que el ámbito de la regulación se vuelve más complejo y dinámico. En el pasado, cuando los reguladores eran el único mecanismos de protección de los ciudadanos, cuando quienes estudiaban enfermería eran sobre todo mujeres que dejaban el colegio y había pocas carencias en la fuerza laboral enfermera, entonces los sistemas reguladores tendían a ser lineales y a estar aislados (Allsop, et al., 2004; Allsop y Jones, 2006; y Benton y Morrison, 2009a).

La Peach Commission (United Kingdom Central Council, 1999) introdujo en el Reino Unido el concepto de puntos de acceso y de salida mediante el cual los estudiantes podían cursar el primer año para después salirse y buscar empleo como parte de la fuerza laboral con un título reconocido como trabajador de apoyo. Como alternativa, un estudiante puede obtener el título de trabajador de apoyo y después cursar el segundo curso de formación para enfermeros colegiados (UKCC, 1999).

Aunque el nivel de preparación académica puede variar en numerosos países, el examen para obtener la licencia que permite ejercer es de un único nivel. Por ejemplo, en Estados Unidos, los enfermeros que han realizado un:

- programa de grado asociado de dos años,
- diploma de tres años.
- licenciatura de tres o cuatro años,
- quienes han accedido a la profesión de enfermería con un título en una disciplina relacionada y después salen con un título de máster

Realizan el mismo examen NCLEX que utilizan los Estados para tomar sus decisiones respecto a la concesión de la licencia. La situación no se refiere únicamente a Estados Unidos porque muchos países a menudo tienen en el mismo registro a enfermeros con nivel de diplomatura y de grado.

La Association of Registered Nurses of Newfoundland and Labrador (2010) determina que cada vez se aprecian más variaciones en el perfil de los estudiantes y en las clases a menudo en los programas hay participantes que abarcan cuatro generaciones. Según dicha Asociación, esto no solo presenta dificultades y oportunidades considerables para quienes participan en los procesos de colegiación y formación sino también en cuanto a la complejidad añadida que conlleva en términos de planificación de recursos humanos.

Otro ejemplo de cómo se puede encontrar una cantidad suficiente de enfermeros para cubrir las necesidades de la población es el de los enfermeros que se han formado en el extranjero y su desplazamiento de una jurisdicción a otra (Casey, 2008; Association of Registered Nurses of Newfoundland and Labrador, 2010). Otro ámbito en el que se están encontrando distintas soluciones es en el aumento del número de quejas recibidas por los órganos reguladores. Algunos de ellos están buscando mecanismos alternativos para abordar estas cuestiones. Cuando se considera que las quejas no son tan graves los reguladores están aplicando un sistema de solución negociada de disputas en lugar de someter a los colegiados a procedimientos más formales, largos y costosos (Pew, 1995b).

El concepto de equifinalidad no se aplica únicamente a nivel del profesional a título individual sino también en relación con los temas de gobernanza y legislativos. Carlton (2006) demuestra claramente la presencia de una equifinalidad al afirmar que:

“Los ejercicios de planificación legislativa realizados ocasionalmente han sacado a la luz una variabilidad considerable entre jurisdicciones en cuanto a la forma y contenido de las leyes de colegiación, incluyendo las categorías de colegiación aplicables y la terminología utilizada para describirlas, las solicitudes de colegiación y los requisitos y procesos de renovación, así como las diferencias en cómo se investigan y tramitan las quejas en materia de conducta profesional y las sanciones impuestas, entre otras cosas”.

Por consiguiente, tanto si se analiza la labor de los profesionales a título individual o la gobernanza y la legislación, se aprecia el uso de una serie de planteamientos para alcanzar el mismo resultado. Sin embargo, quizás a causa de la falta de diálogo, aparte de los contactos sobre temas operativos como el reconocimiento de las cualificaciones de los colegiados entre jurisdicciones, hay pocos ejemplos de situaciones en las que se intentan comparar y contrastar los distintos planteamientos utilizados en las diferentes jurisdicciones, en todo su abanico de responsabilidades. Es una pena porque la ausencia de estos estudios puede provocar la reinención innecesaria de enfoques ya existentes o la aplicación de soluciones por debajo del nivel óptimo. Es necesario considerar la necesidad de reorganizar, documentar y evaluar los diferentes planteamientos como tema objeto de futuras investigaciones. Un punto de partida útil para dicha inves-

tigación sería el trabajo sobre buenas prácticas documentado por Benton y Morrison (2009b) en su publicación sobre *El rol y la identidad del regulador*.

Descripción compuesta del planteamiento de sistemas abiertos y los cambios en el terreno de la regulatorio

Las secciones anteriores dedicadas al estudio de los cambios en el ámbito de la regulación no solo han detectado un amplio abanico de temas, tendencias y factores que influyen en este sector en estos momentos, sino que también han demostrado que existen numerosas soluciones diferentes. El hecho de que la literatura sobre este tema provenga de diferentes países (principalmente de renta alta), distintas tradiciones jurídicas y culturales, y perspectivas operativas y estratégicas se une a la riqueza y diversidad del material a considerar pero también pone de manifiesto algunas brechas como por ejemplo la falta de material sobre países de renta baja y regiones del mundo como Asia, África o la antigua Unión Soviética y América Latina.

Es cierto que una parte de las actividades rutinarias de análisis del horizonte por parte de los reguladores de la enfermería comienza a examinar los avances y perspectivas internacionales pero también es verdad que la mayoría de este trabajo proviene de Estados Unidos y Canadá y tiende a centrarse sobre todo en temas jurisdiccionales o nacionales.

Desde el punto de vista del rigor en la investigación, al estudiar la literatura publicada y la literatura gris no se ha logrado apreciar el uso de un marco analítico organizativo para la crítica de los factores que influyen en el ámbito de la regulación.

Esta revisión, sin embargo, ha demostrado que se puede aplicar con éxito el marco de sistemas abiertos, junto con los siete componentes clave propuestos por Kast y Rosenzweig (1972), en el análisis sistemático de la literatura (Figura 2).

Asimismo, la z ofrece un resumen de alto nivel sobre los temas emergentes que afectan al ámbito de la regulación distribuidos en función de los siete componentes clave descritos por Kast y Rosenzweig (1972) y podría representar una referencia útil para efectuar comparaciones con tendencias futuras.

El foco de la presente Tesis no consiste en examinar las interacciones entre los distintos componentes aunque éste sería un tema digno de estudio en el futuro. El análisis de la literatura ha revelado que parte del material encontrado, en el ámbito de los elementos descritos en "Abierto al entorno", también aparece en "Subsistemas relacionados" y "Procesos de *input*-transformación-*output*". Con fines ilustrativos, las Tablas 2 y 3 resumen con algo de detalle las áreas relativas a la fuerza laboral y la tecnología. Tras estos resúmenes vienen las Tablas 4 y 5 que resaltan con menos detalle los demás factores indicados en el componente clave "Abierto al Entorno".

Figura 2. Representación esquemática de la aplicación del marco de sistemas abiertos a los cambios en el terreno de la regulación

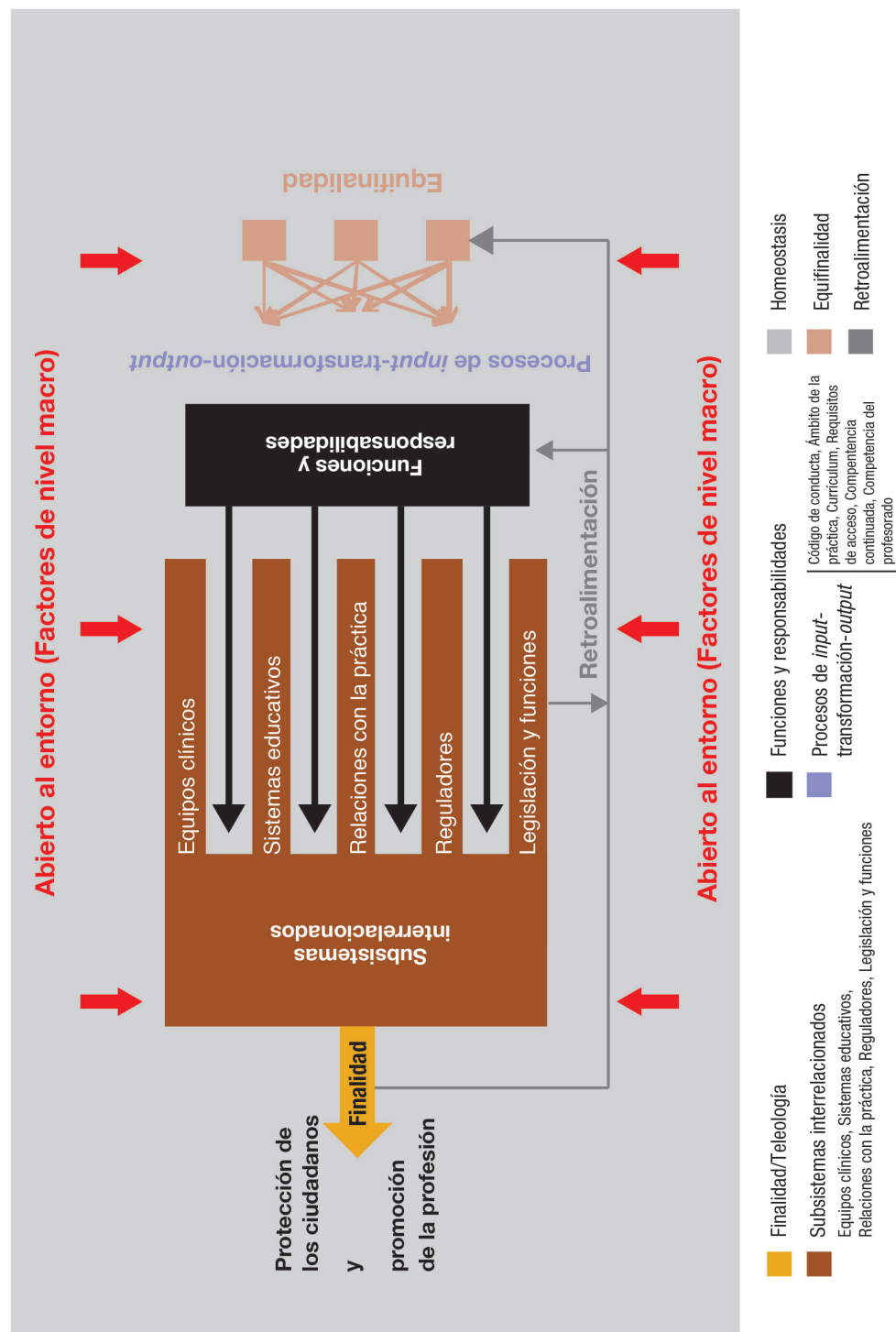
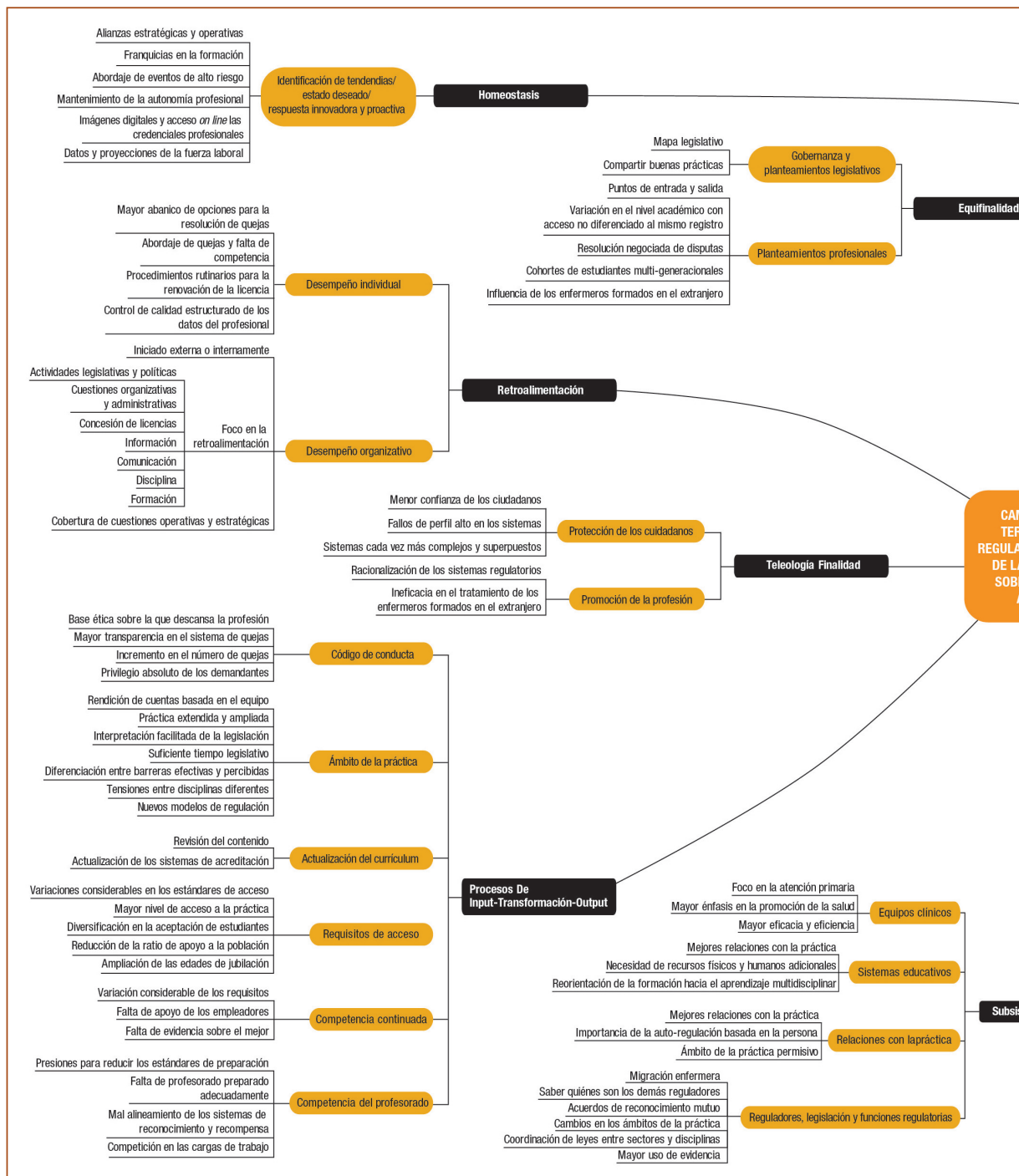


Figura 3. Mapa mental sobre la aplicación del planteamiento de sistemas



Abiertos a la literatura sobre los cambios en el terreno de la regulación

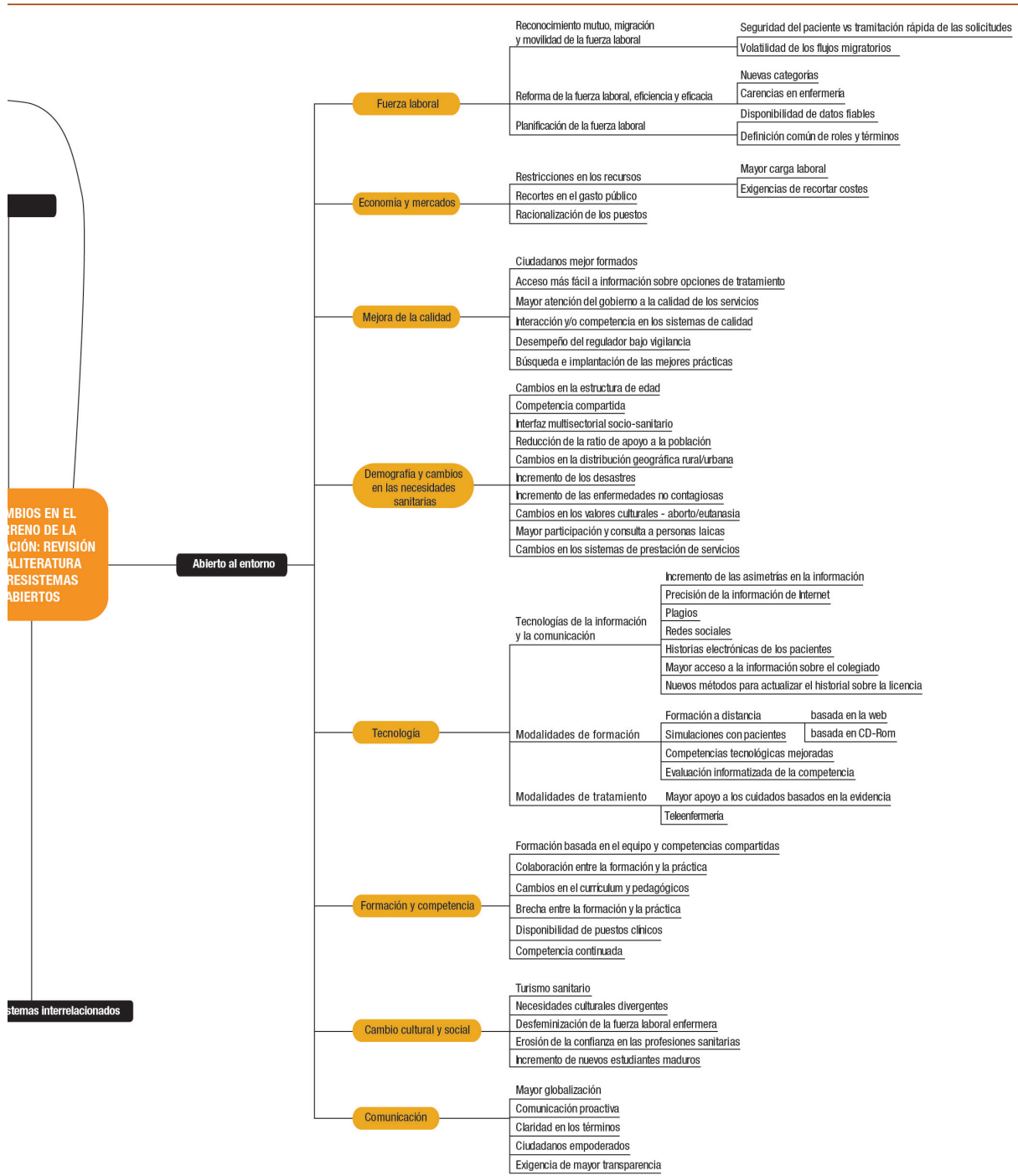


Tabla 2. Tabulación cruzada de fuerza laboral con abierto al entorno, subsistemas interrelacionados y procesos de *input*-transformación-*output*

Fuerza laboral	Reconocimiento mutuo, migraciones y movilidad de la fuerza laboral	Reforma de la fuerza laboral, eficiencia y eficacia	Planificación de la fuerza laboral
Macro	Abierto al Entorno <ul style="list-style-type: none"> • Migraciones laborales • Procesos costosos y largos • Facilitación de la circulación y protección de los ciudadanos • Consecución de acuerdos y conocimiento sobre el funcionamiento • Cambios en los flujos de la fuerza laboral 	<ul style="list-style-type: none"> • Nuevas categorías de trabajadores • Resultados de las distintas categorías • Nuevos procesos regulatorios 	<ul style="list-style-type: none"> • Marcos de carrera • Entornos positivos de la práctica • Enfermero – paciente /ratios de población • Calidad de los datos y futura modelación
Meso	Subsistemas Interrelacionados <ul style="list-style-type: none"> • Relaciones entre distintos ministerios • Relaciones entre la formación y la práctica • Relaciones entre jurisdicciones • Práctica /relaciones con agencias de contratación 	<ul style="list-style-type: none"> • Colaboración interprofesional • Ámbitos de la práctica superpuestos/compartidos • Guerras de poder 	<ul style="list-style-type: none"> • Relaciones entre la formación y la práctica • Relaciones entre los sectores de la práctica • Relaciones entre los proveedores de formación
Micro	Procesos de <i>input</i>-transformación-<i>output</i> <ul style="list-style-type: none"> • Portabilidad y calibración de la portabilidad • Programas de adaptación • Competencia lingüística y cultural • Carga administrativa • Trazabilidad de quejas y competencia 	<ul style="list-style-type: none"> • Supervisión y delegación • Cambios en los ámbitos de la práctica • Currículos basados en la competencia 	<ul style="list-style-type: none"> • Ámbitos de la práctica basados en la competencia • Reducción del desgaste • Estructura del programa y APEL (acreditación de aprendizaje experimental previo)

Tabla 3. Tabulación cruzada de tecnología con abierto al entorno, subsistemas interrelacionados y procesos de *input*-transformación-*output*

Tecnología	Abierto al Entorno	Información y comunicación	Modalidades de formación	Modalidades de tratamiento
Macro		<ul style="list-style-type: none">• Historia electrónica del paciente• Dilemas éticos (plagios, seguridad de los datos)• Redes sociales• Asimetrías en la información	<ul style="list-style-type: none">• Simulación• Pacientes informados• Educación a distancia y nueva pedagogía	<ul style="list-style-type: none">• Apoyo decisional• Telerfermería• Responsabilidades
Meso	Subsistemas Interrelacionados	<ul style="list-style-type: none">• Calidad del contenido web y proveedores de servicio Internet	<ul style="list-style-type: none">• Instituciones de formación• Proveedores de servicio Internet	<ul style="list-style-type: none">• Relaciones con los vendedores
Micro	Procesos de <i>input</i> -transformación- <i>output</i>	<ul style="list-style-type: none">• Acceso a registro on-line (confirmación de la situación, actualización de expedientes y renovación de la licencia)	<ul style="list-style-type: none">• Medición y trazabilidad de la competencia	<ul style="list-style-type: none">• Contenido del programa

Tabla 4. Tabulación cruzada de comunicación, cambios en las necesidades demográficas y de salud y mejora de la calidad con abierto al entorno, subsistemas interrelacionados y procesos de *input-transformation-output*

	Comunicación	Demografía y cambios en las necesidades de salud	Mejora de la calidad
Macro	Abierto al entorno <ul style="list-style-type: none"> • Transparencia • Rendición de cuentas • Justicia • Proactividad • Credibilidad • Empoderamiento de los ciudadanos 	<ul style="list-style-type: none"> • Estructura de edad de la sociedad • Localización y cambios en las poblaciones • Cambios en las enfermedades • Cambios en los valores sociales 	<ul style="list-style-type: none"> • Interacción dinámica de diferentes sistemas • Cambios en el ámbito de los poderes y necesidad de colaborar con otros reguladores y sectores • Revisión externa de reguladores y medición de las actuaciones institucionales con rendición de cuentas
Meso	Subsistemas interrelacionados <ul style="list-style-type: none"> • Amplia participación con todos los grupos de interés 	<ul style="list-style-type: none"> • Colaboración ministerios de Educación y Sanidad y proveedores 	<ul style="list-style-type: none"> • Medios de comunicación • Colaboración en los ámbitos educativo, gubernamental y de la práctica
Micro	Procesos de <i>input-transformation-output</i> <ul style="list-style-type: none"> • Avisar sobre las reuniones • Garantizar que las reuniones están abiertas a los ciudadanos incluyendo un aviso público de las celebradas a puerta cerrada • Publicación de las actas una vez adoptadas • Participación de los ciudadanos • Publicación de juicios y actuaciones • Términos comunes y lenguaje explícito 	<ul style="list-style-type: none"> • Cambios en los modelos de prestación de servicios con mayor énfasis en la atención primaria según se refleja en los requisitos de competencia, formación y supervisión 	<ul style="list-style-type: none"> • Mayor participación y representación de miembros laicos • Cambios en el currículum prestando cada vez más atención a la mejora de la calidad

Tabla 5. Tabulación cruzada de educación y competencia, cambios culturales y sociales y economía y mercados con abierto al entorno, subsistemas interrelacionados y procesos de *input*–transformación–*output*

	Formación y competencia	Cambios culturales y sociales	Economía y mercados
Macro	Abierto al Entorno	<ul style="list-style-type: none">• Brecha entre la formación y la práctica• Necesidad de competencia continuada• Competencia compartida y formación basada en el equipo	<ul style="list-style-type: none">• Diversidad y movimientos de masas• Género y cambio generacional• Valores sociales• Restricciones de recursos en todo el sistema• Reducciones en el gasto público• Mayor carga de trabajo• Mayor desplazamiento por trabajo• Reducción de servicios
Meso	Subsistemas Interrelacionados	<ul style="list-style-type: none">• Ministerios de Educación y Sanidad y colaboración con proveedores• Colaboración interdisciplinaria	<ul style="list-style-type: none">• Relaciones con otros órganos reguladores• Identificar y compartir buenas prácticas• Trabajar con grupos de interés para valorar el riesgo de reducir costes
Micro	Procesos de <i>input</i> –transformación– <i>output</i>	<ul style="list-style-type: none">• Desarrollo conjunto de programas y currículos y selección de estudiantes en los ámbitos de la educación y la práctica• Aprendizaje basado en los problemas en equipos mixtos	<ul style="list-style-type: none">• Cambios en el currículum para incluir sensibilidad cultural• Cambios en la pedagogía hacia el aprendizaje para adultos centrado en el estudiante• Procesos de consulta transparentes y proactivos

El material presentado en esta sección junto con el esquema y las tablas asociadas se seguirá examinando en el Capítulo 4 cuando se analicen y discutan los resultados del presente estudio más adelante en la tesis.

MARCO CONCEPTUAL

La literatura sobre la regulación de la enfermería (Figura 4) se puede ver como un subconjunto parcial de la literatura sobre la regulación de los profesionales sanitarios que a su vez se refiere a material más extenso sobre regulación profesional, otro subconjunto parcial de la regulación ocupacional. Por consiguiente, al considerar la regulación enfermera, aunque el contenido empírico específico sobre los enfermeros es limitado, la literatura a explorar es potencialmente rica para comparar y contrastar. De hecho, esta distribución por capas y superposición del tema no termina aquí puesto que la regulación ocupacional forma parte de un universo más amplio de regulación de por sí. Por consiguiente, tal y como se ha resaltado anteriormente, aunque la literatura empírica sobre la regulación de la enfermería sea limitada, es posible, con una cuidadosa interpretación, utilizar otros escritos más amplios sobre el tema.

Figura 4. La naturaleza integrada de la regulación enfermera



La literatura sobre la regulación de la enfermería, al igual que la de sus primos más distantes como la regulación de las profesiones sanitarias, la regulación profesional y la regulación ocupacional, se basa en tres perspectivas conceptuales (Deighton-Smith et. al, 2001):

- Teoría del interés de los ciudadanos. Considera que la regulación se utiliza para garantizar la calidad de los servicios profesionales.
- Teoría de la captación (a veces denominada teoría de Chicago, teoría Económica, teoría del interés privado o teoría de búsqueda de renta), que afirma que los profesionales 'captan' la regulación y la utilizan para disuadir del acceso y aumentar sus ingresos.
- Teoría de la política económica (a veces denominada teoría de la elección pública o teoría del compromiso creíble) adopta una postura híbrida al afirmar que los intereses profesionales y los de los ciudadanos pueden tener un efecto simultáneo en la regulación de los profesionales.

Teoría del interés de los ciudadanos

Esta teoría deriva de la democracia clásica representativa y la función del gobierno y ha prevalecido como la conceptualización más común de la regulación hasta los años sesenta (Christensen, 2010). Según esta conceptualización, los teóricos creen que su finalidad es alcanzar determinados resultados deseables para los ciudadanos, que no estarían asegurados si se dejaban en manos de las fuerzas del mercado. La intención de la regulación está claramente dirigida a intereses públicos y no privados. Sin embargo, los críticos de este planteamiento rebaten que puede ser difícil valorar de forma objetiva qué significa en interés de los ciudadanos (Gaffikin, 2005).

Teoría de la captación

Introducida por Stigler (1971) y difundida por uno de sus estudiantes, Peltzman (1979) esta teoría se basa en la creencia de que los reguladores son captados por grupos de interés que se benefician de los mecanismos de control adoptados. Resumiendo, son los intereses privados y no los intereses públicos los que exigen la regulación, es decir, quienes más tienen que ganar son los que defienden la implementación de normas que pueden provocar restricciones para quienes no cumplen los estándares y, como resultado de estos estándares, aumentan los costes de los servicios (en el caso de los profesionales sanitarios sus salarios).

La Teoría de la captación ofrece alguna de las bases teóricas del concepto de 'Triángulos de Hierro' en el que se describe una relación a tres bandas entre el organismo que regula, la industria sobre la que se aplican las normas y el comité legislativo corres-

pondiente con la responsabilidad de redactar las leyes (Becker, 1983). Sin embargo, la teoría de la captación no ha logrado explicar la desregulación y, por tanto, se ha buscado otro modelo teórico.

Teoría de la economía política

Numerosos autores han identificado las debilidades de la teoría del interés de los ciudadanos y de la teoría de la captación (Gaffikin, 2005; Shleifer, 2005; Bowrey, et al., 2007; y Christensen, 2010), lo cual ha desembocado en un nuevo modelo conceptual.

La teoría de la economía política se ubica entre la teoría del interés de los ciudadanos y la teoría de la captación. Esta teoría da importancia a un diseño adecuado de los acuerdos administrativos en relación con la implantación de la regulación y reconoce que tanto los ciudadanos como las profesiones intentarán influir en el proceso y los planteamientos en materia de regulación. Los teóricos también afirman que en esta teoría los políticos reconocen su incapacidad para aplicar dichos sistemas de forma imparcial e informada y, como resultado, introducen diseños regulatorios institucionales que son expertos y autónomos en su naturaleza y, por tanto, capaces de permitir la toma de decisiones de forma imparcial (Christensen, 2010).

Olsen (1999) en su análisis integral de la regulación de los profesionales médicos, al utilizar este modelo conceptual, resalta que:

“Una revisión atenta de la literatura no ofrece un cuadro coherente del impacto que las licencias médicas tienen en los ingresos, precios, abastecimiento o calidad de los profesionales médicos”.

Y además concluye que:

“El hecho de que al revisar la literatura no se vea ningún cuadro coherente en relación con el impacto que tienen las licencias profesionales en el abastecimiento, precios, ingresos o calidad de los profesionales sanitarios debilita seriamente cualquier apoyo a la teoría de la captación y a la teoría del interés de los ciudadanos. El impacto inconsistente de las licencias médicas en la práctica apoya la teoría de la política económica de las licencias en la que se espera que tanto el profesional médico como los ciudadanos influyan en las licencias. La teoría de la economía política predice... que los profesionales a veces, aunque no siempre, tendrán la capacidad de utilizar la expedición de licencias para sus propios intereses. Otras veces, o en el caso de otras profesiones, la expedición de licencias se utilizará en el mejor interés de los ciudadanos”.

El trabajo de Olsen (1999) es completo en su análisis de la literatura empírica más extensa, concentrándose sobre todo en las profesiones jurídicas y médicas, pero falla al no señalar que la mayoría de los estudios son americanos en su origen o utilizan a profesionales americanos al efectuar una comparación internacional de profesionales de otro país con, en su conjunto, una tradición jurídica similar en materia de regulación, es decir, el Reino Unido. El descubrimiento de este estudio empírico quizá no sean trasladable a países que aplican un modelo regulatorio diferente en el que por ejemplo el Estado desempeña una función más dominante o las tradiciones jurídicas se basan en un conjunto de preceptos diferente.

Asimismo, de forma bastante obvia, Olsen (1999) no señala que todas las profesiones consideradas en su análisis son iguales en términos de su capacidad de actuar autónomamente en la venta de sus servicios. En el caso de los enfermeros, a diferencia de los médicos, dentistas y optometristas, hasta un cierto límite, éstos no prestan cuidados al público en general con el concepto directo de servicios a cambio de honorarios. En general, los enfermeros son empleados de sistemas de prestación de servicios públicos o privados y, por tanto, la capacidad de deducir que estos descubrimientos son generalizables debe ir precedida de una advertencia considerable. Sin embargo, estas dos omisiones no deben menoscabar la idoneidad de la elección de la teoría de la economía política como modelo conceptual sustentante de este estudio ya que es especialmente congruente con la perspectiva de implicar a numerosos actores en la regulación de la práctica, las amplias y distintas perspectivas consideradas a causa de la naturaleza comparativa internacional del trabajo y que en la última década se ha utilizado este planteamiento respecto al diseño de los sistemas regulatorios para afrontar las debilidades de los otros dos modelos.

GOBERNANZA Y SISTEMAS DE LOS ÓRGANOS REGULADORES

Examinar la estructura y el gobierno de los órganos reguladores y los sistemas asociados es complejo y está cargado de trampas en cuanto a las definiciones. Baldwin et al. (1998) al intentar aportar claridad a su análisis sobre el tema indica que se pueden utilizar tres definiciones distintas para abordar la cuestión de la regulación (Tabla 1.6). Para arrojar más claridad, el investigador ha ampliado la definición con un breve resumen sobre su foco y especificidad. En el resto de este trabajo, el investigador adopta la primera definición, que se refiere a personas, servicios y sectores, y se define operativamente de la siguiente forma:

LA REGULACIÓN es una forma específica de gobernanza que compone una serie de reglas autoritativas, a menudo acompañadas por algún órgano administrativo, para velar por y aplicar su cumplimiento.

Tabla 6. Definiciones mejoradas de regulación por Baldwin et al (1998)

Tipo	Definición	Foco	Especificidad
Regulación como forma de gobernanza específica	Conjunto de reglas autoritativas, a menudo acompañadas por algún órgano administrativo, para velar por y aplicar su cumplimiento	Personas, servicios o sectores	Muy específica
Regulación como gobernanza en sentido general	Los esfuerzos agregados por parte de los organismos estatales para dirigir la economía	Estado	Menos específica, a menudo basada en principios
Regulación en su acepción más amplia	Todos los mecanismos de control social	Sociedad	La menos específica, normas y valores

Aunque esta definición operativa sea importante, también hay que destacar que la regulación tal y como se define y aplica a los enfermeros puede influir a través del poder ejercitado a distintos niveles. Además, el poder se puede aplicar desde organizaciones estatales profesionales. Benton (2007a) identifica y resume cinco niveles específicos en los que se puede ejercer dicho poder. Se repiten con enmiendas menores en la Tabla 7. El foco específico de este estudio estará los niveles dos y tres aunque para fines analíticos se hará referencia a los demás niveles.

Tabla 7. Resumen mejorado de los niveles de regulación según la definición de Benton (2007a)

Nivel	Regulación aplicada a través de	Finalidad	Autoridad
Uno	Acuerdo transnacional/jurisdiccional	Proporcionar un planteamiento jurídico común entre países y jurisdicciones	Parlamentos regionales y nacionales
Dos	Estatuto, Ley, Ordenanza, Decreto	Proporcionar autoridad estatutaria para la profesión	Parlamento, Presidente. Ministro, Emir, Rey, etc.
Tres	Reglas y normas	Para ampliar y aclarar la ley	Ministro, Consejo de Enfermería o autoridad delegada
Cuatro	Interpretación e implementación	Pasar el contenido a orientación específica. Aplicar la ley, reglas y normas	Consejo de Enfermería o autoridad delegada
Cinco	Códigos voluntarios, declaraciones de posicionamiento, marcos de estándares y competencias	Ofrecer orientación y una referencia consensuada por pares para juzgar a los profesionales	Asociaciones profesionales, grupos de interés especiales

Al formular una definición operativa para la regulación y especificar el nivel en el que realizar el análisis, quedan algunos problemas en materia de definición. La definición, ámbito y poderes de los modelos regulatorios Estatal, de Co-regulación y auto-regulación no están bien segmentados (Bartle y Vass, 2005). De hecho, el análisis de una sola de estas categorías como la ‘auto-regulación’ puede demostrar significados muy distintos no solo entre jurisdicciones en las que los marcos jurídicos y las perspectivas culturales pueden variar, sino también en una misma jurisdicción cuando se comenta la situación de distintos grupos o sectores profesionales (Turner, 1995; Allsop y Saks, 2002).

Un intento previo de estimular el debate y arrojar claridad sobre este tema fue el foco de una presentación realizada por el investigador en la conferencia internacional inaugural organizada por la Alianza Mundial de Profesiones Sanitarias (médicos, dentistas, farmacéuticos y enfermeros) y el Consejo Mundial de Fisioterapeutas en 2008. Tras

realizar una amplia revisión de la literatura (Priest, 1997; National Consumer Council, 1999; Office of the legislative Auditor State of Minnesota, 1999; National Consumer Council, 2000; Van den Breg, 2004; Bartle y Vass, 2005; Allsop y Jones, 2006; Conference Board of Canada, 2007; Coglianese Mendelson, 2010) se efectuó un intento de presentar las ventajas y desventajas de los distintos modelos – Tabla 8 (Benton, 2008).

La Tabla 8 contiene gran cantidad de información y, por motivos de claridad, se ofrece la siguiente explicación sobre su distribución. En ella hay tres áreas principales que se desplazan de izquierda a derecha – una descripción del modelo y las ventajas y desventajas de los modelos. La distribución de éstas se puede colocar sobre la distribución de modelos añadiendo un área en la columna adicional tanto para las ventajas como para las desventajas. Esta columna adicional (a la izquierda del todo) tanto en el área de las ‘ventajas’ como de las ‘desventajas’ muestra las características de cualquier tipo de regulación. Algunas de las líneas en las áreas de ventajas y desventajas son de puntos. Estas líneas de puntos pretenden transmitir la permeabilidad de la frontera. Con otras palabras, las ideas contenidas en un área específica de la Tabla no se deben interpretar como algo absoluto sino como ideas basadas en un equilibrio de opiniones contenidas en la literatura. Una de las debilidades de este trabajo realizado por Benton (2008) es que ninguno de los términos listados bajo el título de modelo regulatorio se ha definido operativamente y, por tanto, aunque se logra ordenar el análisis de la literatura hasta cierto punto, sigue sin haber plena claridad.

Tabla 8. Matriz de ventajas y desventajas de los distintos tipos de modelos regulatorios (Benton 2008)

Modelo regulatorio		Ventajas		Desventajas	
Estatal	Establecido profesionalmente	<ul style="list-style-type: none"> Ciudadanos protegidos frente a los profesionales sin escrúpulos, y carentes de ética. Ofrece la garantía de que la persona regulada es competente para prestar determinados servicios de forma segura y eficaz. 	<ul style="list-style-type: none"> Es más probable que los colegiados "posean" y sigan la orientación. Puede entrar en más detalles gracias a la experiencia, a disposición fácilmente. Gran sentido de identidad práctica profesional. Foco en la prevención y la mejora de la práctica Influencia normativa en la práctica 	<ul style="list-style-type: none"> Se puede establecer la organización de forma relativamente rápida. Puede cambiar políticas y publicar orientaciones rápidamente. Puede establecer estándares con aspiraciones. Facilidad para innovar. Independencia del gobierno. 	<ul style="list-style-type: none"> Abanico limitado de sanciones. Vinculante solo para quienes son "miembros". Puede desembocar en varias organizaciones compitiendo entre sí. Protección del poder. Conflicto de interés entre los objetivos de la profesión y los intereses de los ciudadanos.
	Dirigido profesionalmente		<ul style="list-style-type: none"> Capaz de actuar de forma independiente respecto al gobierno. Capacidad de arbitraje, de elaboración de políticas y su cumplimiento 	<ul style="list-style-type: none"> Libertad para formar alianzas con grupos y mandato de actuar en interés de los ciudadanos 	<ul style="list-style-type: none"> Coste para el colegiado. Puede reducir la competencia a causa de restricciones en el acceso a la práctica y límites establecidos mediante actuaciones prescritas.
	Dirigido por el Estado	<ul style="list-style-type: none"> Proporciona un medio que permite que las personas que incumplen los estándares puedan ser sometidas a procesos disciplinarios, incluyendo la revocación de su licencia. Incrementa el reconocimiento de los ciudadanos y el estatus social asociado de los enfermeros. 	<ul style="list-style-type: none"> Se puede cambiar la política con medios no legislativos. Protección del título. Foco en el desempeño respecto a los estándares. Influencia legislativa explícita en la práctica. 	<ul style="list-style-type: none"> Acceso temprano a la información sobre cambios políticos más amplios. Rendición de cuentas frente al parlamento. Puede dar la impresión de que el gobierno central es pequeño porque "externaliza" el trabajo. 	<ul style="list-style-type: none"> Falta de coordinación entre los distintos organismos aprobados por el Estado (Educación, Sanidad, Comercio, etc.). Puede ser difícil atraer miembros competentes para la junta. Es posible que se piense que los arbitrajes y las acciones están influidos por las prioridades cotidianas del gobierno.
Organismo idóneo establecido mediante estatutos	Dirigido por el Estado		<ul style="list-style-type: none"> Interferencia política. Coste para el Estado. Improbable que tenga acceso a la experiencia necesaria. 	<ul style="list-style-type: none"> Puede ser complejo garantizar la rendición de cuentas frente a los distintos grupos de interés. Puede haber mensajes mezclados entre el regulador y otros organismos de liderazgo enfermero. 	
	Dirigido profesionalmente		<ul style="list-style-type: none"> Estandarización de procesos entre colectivos profesionales. Economía de Escala 	<ul style="list-style-type: none"> No dispuesto a dirigir la participación de los ciudadanos. Micro gestión por funcionarios del gobierno. El ministro asume las críticas por fallos del sistema. Falta de transparencia. Falta de coherencia y consistencia. Incapacidad de monitorizar la implantación de la ley en ningún detalle. 	

RESUMEN DE LAS DIMENSIONES DE LOS MODELOS A ESTUDIAR

La regulación profesional según la Tabla 8 se realiza de numerosas formas. Muchos de los autores sobre el tema han añadido confusión al utilizar términos de forma incoherente y/o ampliar lo que normalmente se consideran los límites de un término como por ejemplo auto-regulación. Por ejemplo, el National Consumer Council (1999) afirmó que en su opinión hay tres tipos de auto-regulación:

- 1. Auto-regulación profesional estatutaria. Aquí el órgano regulador recibe sus poderes en virtud de una ley parlamentaria. Se autofinancia a través de las cuotas de colegiación. La profesión mantiene un registro de aquellos considerados competentes para ejercer. Establece estándares de actuación y éticos y puede expulsar a los miembros que no los cumplen.*
- 2. Regulación voluntaria. Aquí las asociaciones profesionales inscriben a los profesionales en un registro. A diferencia de los reguladores estatutarios, no tienen las mismas sanciones o control sobre los estándares profesionales y éticos y no pueden controlar quién accede a la profesión.*
- 3. Regulación del sistema Sanitario Nacional (en el Reino Unido es un empleador del sector público) a nivel local. Forma parte del contrato laboral e incluye procedimientos disciplinarios, auditorías clínicas y desarrollo profesional continuo.*

National Consumer Council (1999)

Aunque los tipos uno y dos se repiten en las publicaciones de muchos otros autores sobre el tema y el tercer tipo, a pesar de contener algunas características de la auto-regulación profesional (desarrollo profesional continuo), hay otro aspecto en la descripción que normalmente se consideraría más típico de los sistemas de mejora de la calidad (auditoría clínica). Sin embargo, también se podría argumentar que la participación en las auditorías clínicas es un comportamiento esperado en un profesional auto-regulado. El elemento restante relativo al control derivado del contrato laboral y los procedimientos disciplinarios es característico de cualquier persona que trabaje en una organización y por tanto no sería exclusivo de la auto-regulación. Sin embargo, dicho esto, en los últimos años desde el caso Shipman (Smith, 2005) y la posterior introducción en el Reino Unido de procedimientos de revalidación en una serie de profesiones, se están proponiendo e implantando vínculos directos entre los datos generados por el empleador y los procesos regulatorios de revalidación. Como resultado, cada vez es más difusa la línea existente entre la función de los empleadores en cuanto a la evaluación del desempeño y la del regulador en relación con la competencia. De hecho, la definición más amplia de definición sobre la regulación de la enfermería realizada por Styles y Affara (1997) que afirma “*Todos aquellos medios legítimos y apropiados – gubernamentales, profesionales, privados e individuales – que proporcionan orden, identidad, coherencia y control a la*

profesión” englobaría claramente los tres aspectos de la tipografía del National Consumer Council (1999).

Bartle y Vass (2005) reconocen este problema de definiciones al afirmar que si se considera la literatura sobre auto-regulación, ésta se puede ubicar en cualquier punto del continuum desde la no-regulación ~ la auto-regulación ~ la co-regulación ~ la regulación estatal. La Tabla 9 ofrece una versión ligeramente modificada del continuum junto con breves descripciones de los distintos puntos del mismo.

Tabla 9. Descripción modificada de los cuatro puntos del continuum de regulación según Bartle y Vass (2005)

Punto del continuum	Breve descripción
No Regulación	Ningún control explícito o una organización que oriente la práctica.
Auto-regulación y	La organización(es) y sus colegiados especifican, administran aplican las normas.
Co-regulación mediante	Las normas son especificadas, administradas y aplicadas una combinación del Estado y la organización(es) regulada.
Regulación del Estado	El Estado especifica, administra y aplica las normas.

Al reconocer que la auto-regulación se puede ubicar en cualquier punto de este continuum, Bartle y Vass (2005) aportan mayor claridad a la naturaleza o amplitud de la ‘auto-regulación’ ofreciendo una tipografía más concreta que, en efecto, profundiza en los dos puntos centrales de su continuum original, es decir:

- **‘Cooperativa:** *cooperación entre reguladores regulada sobre las operaciones de la regulación estatutaria.*
- **‘Delegada:** *delegación de la imposición de obligaciones estatutarias por parte de una autoridad pública en órganos auto-regulados.*
- **‘Descentralizada:** *descentralización de los poderes estatutarios a órganos auto-regulados, a menudo considerada auto-regulación estatutaria, es decir, la especificación de programas de auto-regulación en un estatuto.*

- ***'Facilitada': auto-regulación apoyada explícitamente por el Estado de alguna forma pero el programa en sí no está respaldado por un estatuto.***
- ***'Tácita': cerca de la auto-regulación 'pura'. Auto-regulación con poco apoyo explícito del Estado pero su función implícita puede ser influyente.***

Bartle y Vass (2005)

Es cierto que las definiciones de Bartle y Vass (2005) contribuyen a ofrecer claridad académica pero son difíciles de aplicar en la práctica puesto que hay muchos órganos reguladores, como se verá más adelante en la sección de resultados del análisis de la legislación, que no son arquetipos sino que a menudo son híbridos en los que se cruzan dos o más definiciones con una combinación de características. Sin embargo, es importante destacar que Bartle y Vass (1998), que basan su análisis en un amplio abanico de sectores regulados, sin duda ofrecen algunas perspectivas útiles que contribuyen, tal y como se aprecia en el capítulo sobre la discusión, a formular los descubrimientos de este estudio. De hecho, una de las conclusiones más reveladoras derivadas del trabajo de Bartle y Vass (2005) es la siguiente:

'...la visión tradicional de la auto-regulación como actividad distante o eliminada de los intereses del Estado regulador es un anacronismo. Aún existen ejemplos de auto-regulación pura en la modalidad tradicional pero indican que incluso aquí es razonable afirmar que el Estado regulador muestra al menos un interés 'pasivo' en ella. Un interés pasivo que se aplicaría si hubiera algún 'shock' (o 'acontecimiento') que activara el interés del Estado regulador. Estos shocks normalmente desembocan en una nueva situación en materia de regulación con una mayor participación del Estado'.

Por contraste, tanto la Better Regulation Task Force (2003) como el gobierno australiano (Department of Industry, Science and Technology, 1998) tienen una perspectiva distinta de la auto-regulación. La postura de la Better Regulation Task Force (2003) se podría, cuanto menos, definir como confusa al afirmar que la auto-regulación es meramente un conjunto de reglas voluntarias elaboradas por quienes han de cumplirlas. Sin embargo, más adelante en el mismo documento, la Task Force afirma que la auto-regulación no implica una función para el gobierno y la co-regulación sí pero reconoce que en realidad y en la práctica hay un grado de incertidumbre en el función del gobierno en ambas modalidades.

Aunque divergente respecto a la postura de Bartle y Vass (2005) en términos de su definición de auto-regulación, el Department of Industry, Science and Technology (1998) de Australia establece y facilita definiciones para un 'espectro regulatorio' de cinco puntos:

- **No regulación** ~ vista como algo que apoya y facilita información al mercado para los consumidores.
- **Auto-regulación** ~ donde las empresas establecen sus propios estándares de conducta y los aplican sin participación del gobierno ni en la elaboración de los mismos o promoviendo su utilización o aplicación.
- **Casi-regulación** ~ se refiere a aquellas situaciones en las que una industria adopta o utiliza códigos de conducta en los que la participación del gobierno se amplía a asuntos como la elaboración de las disposiciones o aprobación del código, pero en los que la aplicación del código se deja en manos de la industria.
- **Co-regulación** ~ ocurre cuando una industria elabora y administra un código y el gobierno concede la capacidad de aplicarlo otorgando algún tipo de respaldo legislativo.
- **Legislación** ~ se considera apropiada cuando los planteamientos menos intervencionistas se han revelado inadecuados para resolver el problema o en áreas en las que hay un claro e importante interés público.

Baggott (1989) enmarca el análisis de forma ligeramente distinta reconociendo que, como el concepto es más bien elusivo, él prefiere intentar describirlo utilizando una serie de dimensiones clave como el nivel de formalidad, el grado de legislación, el nivel de participación exterior. Moran y Wood (1993) aplican después el planteamiento descriptivo multidimensional a su análisis del General Medical Council en el Reino Unido. En su análisis, Moran y Wood (1993) demuestran que un órgano regulador puede, según algunas de sus funciones principales (Fuente de la legislación, composición del Consejo y reglas consensuadas por el mismo), variar en relación con hasta qué punto está dirigido por el gobierno o la profesión.

Priest (1997), al revisar la literatura más amplia sobre regulación, adopta un planteamiento similar al examinar y describir cinco modelos de auto-regulación (Códigos de conducta voluntarios, auto-regulación estatutaria, regulación definida firmemente, auto-regulación supervisada y auto-gestión regulatoria) utilizando diez características, concretamente:

- **Participación del gobierno** ~ hasta qué punto el gobierno participa en el establecimiento del régimen de auto-regulación, elaborando políticas y reglas, velando por su cumplimiento, aplicándolas, arbitrando en caso de incumplimiento, imponiendo sanciones y, en general, participando en la regulación.
- **Fuente de poder** ~ se define la fuente del poder para imponer normas, monitorizar el comportamiento, arbitrar, aplicar e imponer sanciones a los colegiados.

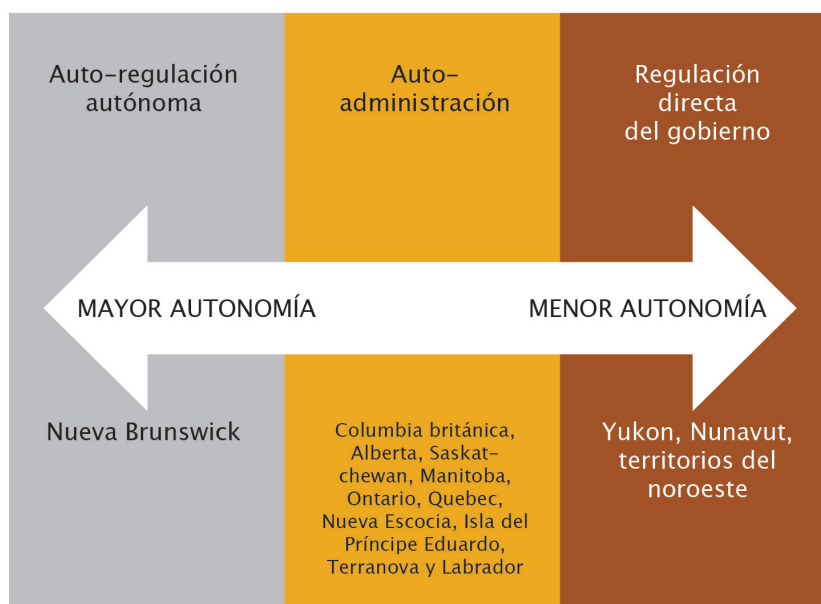
- **Participación de los ciudadanos** ~ los sistemas de auto-regulación pueden estar bastante cerrados a las aportaciones de los ciudadanos mientras que otros pueden efectuar consultas o implicar a representantes de los ciudadanos en la toma de decisiones y en los procesos y órganos de gobernanza.
- **Rendición de cuentas frente al gobierno, los reguladores y los ciudadanos** ~ las líneas y mecanismos de rendición de cuentas varían y puede haber sistemas que dirigen la rendición de cuentas frente al gobierno, los ciudadanos, los colegiados y también puede contemplarse la celebración de reuniones en público, informes públicos, notificaciones directas a varios organismos o relaciones de supervisión.
- **Elaboración de reglas** ~ los colegiados pueden no participar en la elaboración de las reglas que se les imponen mientras que en otros sistemas las normas las establece el gobierno. Independientemente del planteamiento, el proceso puede estar abierto o cerrado a las aportaciones de otros grupos de interés: grupos de clientes, empleadores y otras disciplinas.
- **Arbitraje** ~ el poder para adoptar determinaciones sobre el incumplimiento de las normas y resolver disputas puede residir en la profesión, una combinación entre profesionales y ciudadanos o pueden participar árbitros terceras partes o mediadores en los tribunales.
- **Sanciones** ~ el alcance y la fuerza de las sanciones a disposición en los sistemas de auto-regulación varía desde la desaprobación por pares hasta las sanciones penales, algo que refleja también el grado de participación del gobierno.
- **Delitos (regulatorios, civiles, penales)** ~ hasta qué punto el régimen confía en los poderes del Estado para crear delitos jurídicos y castigar los comportamientos que corresponda.
- **Afiliación/Cobertura** ~ hasta qué punto el colectivo total de profesionales está abierto o si las personas pueden decidir si someterse a la auto-regulación o no.
- **Revisión judicial, carta, defensor del pueblo, legislación sobre información y privacidad** ~ mecanismos del gobierno para imponer la rendición de cuentas, establecer estándares de conducta y mejorar la apertura y la transparencia en la labor del órgano regulador.

Utilizando estas diez características, Priest (1997) describe y diferencia los cinco tipos de auto-regulación propuestos en su publicación. Este planteamiento tiene bastante mérito por elaborar definiciones operativas para este estudio, pero los cinco modelos no se pueden adoptar simplemente porque la base del trabajo de Priest era la regulación de toda una serie de sectores incluida la industria y por eso los modelos "Firmemente definido" y "Auto-gestión de la regulación" no son un corolario de la auto-regulación profesional de la enfermería.

La Conference Board of Canada (2007), en un análisis integral de la auto-regulación en todas las disciplinas de salud, incluida la enfermería, determina tres niveles de regulación, a saber: auto-regulación, auto-administración y regulación directa del gobierno. En el análisis se señala que las diferentes provincias y territorios de Canadá tienen planteamientos ligeramente distintos en materia de regulación.

La Figura 5 señala que New Brunswick ofrece el mayor nivel de autonomía a las profesiones y que Yukon, Nunavut y los Territorios del Norte, el menor nivel.

Figura 5. Categorización de Provincias y Territorios según la Conference Board of Canada, 2007



Los tres niveles que utiliza la Conference Board of Canada (2007) son, en cuanto a su definición, muy parecidos a las últimas tres categorías utilizadas por Bartle y Vass (2005), aunque la terminología varía ligeramente. De este modo, para la finalidad de esta investigación, es necesario facilitar definiciones de los puntos del continuum sobre la regulación profesional de la enfermería. Resumiendo la literatura anterior, se utilizará un continuum de cinco puntos (Tabla 10).

Tabla 10. Continuum de cinco puntos sobre la regulación profesional de la enfermería

	Valor	Etiqueta	Explicación
Continuum de la regulación profesional de la enfermería	1	No regulación	Los ciudadanos y los consumidores están empoderados para aprovechar plenamente los servicios ofrecidos y tienen suficiente información para tomar decisiones y evitar perjuicios.
	2	Auto-regulación pura	Los profesionales organizados establecen sus propios estándares de conducta y los aplican sin la participación del gobierno en la elaboración de los mismos ni en su promoción o aplicación.
	3	Auto-regulación delegada	La profesión a través de una junta autónoma elabora y administra un código de conducta, estándares de formación y práctica y el gobierno proporciona la capacidad de aplicar el código concediendo algún tipo de respaldo legislativo.
	4	Auto-regulación supervisada	La profesión, a través de una junta designada, elabora y administra un código de conducta, estándares de práctica y formación y el gobierno aprueba estos mecanismos y proporciona la capacidad de aplicar el código concediendo algún tipo de respaldo legislativo que después supervisa un poder superior que puede intervenir en determinadas circunstancias.
	5	Regulación gubernamental	Las reglas, códigos y estándares son especificados, administrados y puestos en vigor por el gobierno que después puede emplear directamente a personal profesional que facilite los conocimientos expertos necesarios.

SISTEMAS ADMINISTRATIVOS

Al igual que existen diferencias en la definición de la auto-regulación, también varía la forma en que ésta se manifiesta. Considerando el archivo legislativo recopilado por Benton y Morrison (2009b) cuando reunieron la legislación proveniente de 172 jurisdicciones es evidente que hay tres planteamientos básicos en relación con la administración de sistemas regulatorios:

- Sistemas de estructura única.
- División de sistemas de poder.
- Sistemas paraguas.

Sistemas de estructura única

La estructura más simple utilizada para implantar la regulación profesional en enfermería es un modelo de estructura única. La estructura puede ser autónoma, con o sin poderes delegados, o puede ser gubernamental, basada tanto en una unidad específica idónea o como parte del ministerio de Sanidad, por ejemplo.

Sistemas de división de poderes

Este planteamiento se encuentra sobre todo en países que tienen estructuras estatales/federales. Algunos países dividen los poderes regulatorios entre los niveles federal y subfederal. La forma en que se dividen los poderes puede variar al igual que el equilibrio entre los niveles de gobierno. Por ejemplo, en Estados Unidos hay poco poder a nivel federal porque los poderes se ejercitan a nivel de los estados y los detalles de los poderes precisos varían significativamente entre éstos. En Brasil, existe un modelo uniforme de división de poderes entre el órgano regulador de nivel federal y los colegios regionales y la división de poderes se establece en una única ley. En el caso de la India, existe una división de poderes entre el nivel federal y los reguladores estatales pero en este país, parecido a Estados Unidos, el contenido de las leyes de cada estado varía considerablemente.

Otra variación en la división de poderes se puede apreciar en algunos países en los que éstos se refieren a los distintos niveles de enfermera. Por ejemplo, en algunos estados de América y en la mayoría de las provincias de Canadá, las enfermeras colegiadas están reguladas por un organismo y las enfermeras prácticas con licencia por otro.

Sistemas paraguas

El trabajo anterior de Benton (2008), aunque menciona los sistemas paraguas, no incorpora en ningún detalle este planteamiento que con una popularidad relativamente nueva y creciente empieza a manifestarse en algunos países. En Estados Unidos y en los países escandinavos se pueden encontrar varios ejemplos. Nueva Zelanda introdujo en 2003 la Health professions Competence Assurance Act (Ley de Garantía de Competencia de las Profesiones Sanitarias) cubriendo así a 15 profesiones diferentes. Y Ontario introdujo y comenzó una tendencia en las provincias y territorios de Canadá en 1991. También se puede encontrar una variación del modelo paraguas en Australia donde como resultado de unos cambios recientes han pasado de legislación estatal a un registro federal y oficinas operativas multiprofesionales. Sin embargo, en este país había que aprobar leyes individuales en cada estado o territorio que, fundamentalmente, constituyen un marco conjunto que da cobertura a todo el país.

No todos los acuerdos paraguas son iguales sino que en términos generales hay una ley que cubre a todas (o la mayoría) de las profesiones sanitarias reguladas y establece el régimen o regímenes administrativos. En algunos casos el ámbito puede ser incluso

mayor y abarcar también a otros colectivos profesionales. La ley puede establecer un marco para toda la regulación o sencillamente proporcionar un lenguaje legislativo paralelo en varias leyes profesionales en las que hay órganos individuales para cada uno de los colectivos profesionales. Los modelos paraguas normalmente se limitan a establecer un marco regulador general y buena parte de los detalles está contenida en códigos, normas, órdenes o avisos, que sustentan y desarrollan la legislación primaria, aunque en algunos casos el nivel de detalle puede estar especificado en la ley general con los componentes específicos para cada disciplina.

Rachlis y Kushner (1994) señalan que nunca se ha realizado una valoración consistente de los planteamientos paraguas comparándolos con los modelos relativos a una única disciplina. Sin embargo, Cutshall (1996) resalta los aspectos positivos y negativos del planteamiento paraguas.

Cutshall (1996) sostiene que, si se consideran sus aspectos positivos, los planteamientos paraguas ofrece una legislación uniforme en materia de regulación garantizando coherencia en las políticas públicas porque afecta a la gobernanza de las profesiones y, por tanto, al menos en teoría, asegura equidad en el planteamiento del gobierno respecto a las profesiones. Estas juntas también pueden brindar la posibilidad de ofrecer servicios compartidos gracias a los cuales grupos pequeños se pueden beneficiar de sistemas más grandes y eficientes (Office of the Legislative State of Minnesota, 1999). Sin embargo, si consideramos los aspectos negativos, según Cutshall (1996) el planteamiento es como un “molde” que consiente la compulsividad burocrática e ignora las diferencias en la práctica de los clínicos y la cultura de los distintos colectivos profesionales. Un consejo paraguas puede someter a estas juntas individuales a supervisión y, como resultado, los poderes de toma de decisión de dichas juntas pueden verse limitados (Office of the Legislative Auditor State of Minnesota, 1999).

En tiempos más recientes, se ha realizado un estudio americano analizando la normativa en 22 estados sobre los *nurse practitioners* para ver si hay diferencias en las decisiones tomadas en casos de conducta y el grado de limitación del acceso a los servicios. El estudio ha arrojado resultados significativos desde el punto de vista estadístico ($p < 0,01$) en relación con las limitaciones de acceso a los servicios. En aquellos estados en los que el poder es compartido (modelo paraguas) el acceso era más restringido y limitaba la flexibilidad en la respuesta del enfermero (Rudner et al., 2010).

Por último, el Department of Health and Community Services (2009) y Field LLP (2011) señalan que algunos planteamientos paraguas, en un intento de facilitar la práctica colaborativa y el desarrollo de competencias compartidas en las disciplinas sanitarias, han aumentado el modelo de un único ámbito de la práctica definiéndolo hasta un modelo de actuaciones controladas autorizadas para profesiones específicas. Únicamente aquellas personas debidamente colegiadas pueden realizar estas actuaciones.

Al analizar los distintos enfoques respecto a la legislación paraguas, la Office of the Legislative Auditor State of Minnesota (1999) define tres modelos (Tabla 11). Tal y como se desprende de las descripciones de los tres modelos, existen diferencias en cuanto al grado de autonomía, que pueden ser relativas a las estructuras, los procesos y los poderes.

Tabla 11. Modelos de regulación ocupacional paraguas de la Office of the Legislative Auditor State of Minnesota (1999)

Modelo	Descripción
Uno	Las juntas son autónomas. Contratan a su propio personal, toman decisiones sobre la ubicación, adquisición y procedimientos en relación con su oficina. Cada junta recibe e investiga las quejas y somete a disciplina a sus colegiados. Cada junta es responsable de la preparación, conducta y nivel de los exámenes o la externalización de estos cometidos. Cada junta establece cuáles son las cualificaciones necesarias para la licencia y los estándares de la práctica. Cada junta recauda las cuotas y mantiene un registro financiero. El personal de la junta prepara y envía por correo electrónico las solicitudes de licencia y renovación y responde a dudas de los colegiados y los ciudadanos.
Dos	Las juntas son autónomas y tienen autoridad para tomar decisiones en numerosas áreas. El organismo central, sin embargo, tiene mayor autoridad sobre determinadas funciones. Sus poderes van más allá de los temas logísticos. Por ejemplo, los presupuestos de la Junta, el personal y los registros pueden estar sujetos a algún tipo de control por parte del organismo. Los sistemas centralizados y el personal pueden manejar quejas, investigaciones y audiencias de arbitraje incluso cuando las juntas toman la decisión definitiva sobre las acciones disciplinarias.
Tres	Un director del organismo, comisión o consejo, con o sin la ayuda de una junta, dirige el sistema regulador. Cuando hay juntas, su función es estrictamente de asesoramiento. El director del organismo, comisión o consejo tiene la autoridad definitiva en cuanto a la toma de decisiones sobre todos los temas importantes. Algunas funciones pueden estar delegadas en las juntas como la preparación o aprobación de exámenes, establecimiento de notas de corte, recomendación de estándares profesionales y sanciones disciplinarias.

Al reunir el material de las tres secciones sobre los sistemas administrativos se aprecian seis modelos, Tabla 12.

**Tabla 12. Resumen de los modelos
para describir los planteamientos administrativos**

	Valor	Modelo	Explicación
Planteamiento administrativo	1	Paraguas multidisciplinario	Legislación paraguas que cubre numerosas disciplinas con una única junta de gobernanza de junta única
	2	Multidisciplinar con distintas juntas pero con servicios compartidos	Legislación paraguas que cubre numerosas disciplinas con autoridad delegada en varias juntas de distintas profesiones que pueden elaborar políticas en una serie de áreas pero que comparten servicios y/o sede
	3	Multidisciplinar con distintas juntas	La legislación paraguas cubre varias disciplinas con delegada en varias juntas, independientes y específicas de distintas profesiones
	4	Junta única	Legislación específica de la profesión con poder delegado a una junta basada en una única profesión.
	5	Unidad reguladora	Los procesos regulatorios los gestiona una unidad o en el marco de una entidad gubernamental como el ministerio de Sanidad constituida mediante un decreto ministerial o de otro tipo
	6	División de poderes	División de poderes entre estructuras federales y regionales o distintas entidades relativas a los niveles de enfermeras

PRINCIPIOS QUE SUSTENTAN LA REGULACIÓN ACTUAL

Es cierto que los modelos de regulación de la profesión de enfermería al igual que los marcos administrativos utilizados para implantar dicha legislación varían, pero algunos autores han determinado que podría ser útil usar un planteamiento basado en principios que faciliten el diálogo entre jurisdicciones (Styles y Affara, 1986; Benton y Morrison, 2009a).

Este planteamiento se ha utilizado en sectores regulados más amplios para facilitar el diálogo internacional entre autoridades reguladoras diferentes así como para contribuir a equilibrar la protección de los ciudadanos, minimizar la burocracia y estimular la eficiencia y competencia en entornos dinámicos (External Advisory Committee on Smart Regulation, 2004; Better Regulation Taskforce, 2005; Taskforce on Reducing Regulatory Burdens on Business, 2006).

Benton y Morrison (2009a) han actualizado y ampliado los doce principios establecidos por Styles y Affara (1986) exponiendo ejemplos prácticos breves sobre su aplicación

como respuesta a algunas peticiones de usuarios del planteamiento que habían encontrado dificultades al aplicar las descripciones breves (Tabla 13).

Cada vez se utiliza más el planteamiento basado en principios aunque el número de principios definidos puede ser considerablemente inferior respecto a la amplia lista elaborada por Styles y Affara (1986), a pesar de que lo hicieran casi dos décadas antes.

Tras presentar el conjunto de definiciones elaborado por Styles y Affara (1986) y ampliado mediante la incorporación de un conjunto de ejemplos prácticos o manifestaciones de Benton y Morrison (2009a) se ofrecerá un comentario crítico detallado sobre cada uno de los principios.

Tras este análisis, se presentará un conjunto revisado de principios (Tabla 14), que posteriormente se utilizará para contribuir a explorar dichos principios propuestos por otros autores sobre el tema. Los principios propuestos por otros autores a menudo pretenden responder a muchos de los cambios contemporáneos en el entorno regulatorio determinados previamente en el capítulo.

Tabla 13. Principios regulatorios según la modificación y descripción de Benton y Morrison (2009a)

Principio	Descripción	Manifestación práctica
Intencionalidad	La regulación se debe dirigir hacia una finalidad explícita.	La legislación debe plasmar claramente su finalidad. Por ejemplo: la Ley pretende proteger a los ciudadanos estableciendo y aplicando estándares de la práctica.
Relevancia	La regulación se debe diseñar para lograr la finalidad establecida.	Tras definir la finalidad, todas las autoridades y poderes contemplados en la legislación deben apoyar la consecución de la misma. Es necesario monitorizar la legislación para garantizar que ésta sigue actualizada y refleja la práctica regulatoria del momento.
Definición	Los estándares de regulación se deben basar en definiciones claras del ámbito profesional y la rendición de cuentas.	Se ofrecen definiciones específicas sobre la enfermería y los enfermeros y las correspondientes rendiciones de cuentas y responsabilidades en cuanto a los estándares se comunican claramente a los ciudadanos, profesión, otras profesiones, gobierno y empleadores.

Objetivo profesional último	Las definiciones y estándares regulatorios deben promover el máximo desarrollo de la profesión en función de su potencial contribución social.	A medida que los sistemas sanitarios cambian y evolucionan, la legislación debe apoyar el avance de la profesión para perseguir su contribución última a la prestación de servicios de calidad y acceso a los mismos. Además de elaborar códigos y estándares de la práctica, los órganos reguladores también han de reconocer sus responsabilidades adicionales de participación en la elaboración de políticas sanitarias y en relación con el ámbito político y legislativo.
Intereses y responsabilidades múltiples	Los sistemas regulatorios deben reconocer e incorporar adecuadamente las funciones y responsabilidades legítimas de las partes interesadas – los ciudadanos, la profesión y sus miembros, gobierno, empleadores, otras profesiones – en aspectos como el establecimiento y administración de estándares–.	La profesión desempeña una función fundamental y central en la regulación y debe liderar su gobernanza. Sin embargo, es importante que participen los distintos grupos de interés, mediante consultas y otros medios, en la elaboración de estándares y que estas aportaciones se reciban y manejen de forma imparcial con el fin de equilibrar los distintos intereses.
Equilibrio representativo	El diseño del sistema regulatorio debe reconocer y equilibrar adecuadamente los intereses interdependientes.	La base de afiliación de juntas, comités y subcomités de órganos reguladores debe estar formada, en la medida de lo posible, por una amplia representación de los grupos de interés. La participación en estos grupos debe contar con el apoyo de un sólido proceso de iniciación para garantizar que las aportaciones y toma de decisiones de los miembros se realizan en el mejor interés de la regulación y no del grupo de interés que les haya nombrado.
Optimización	Los sistemas regulatorios deben proporcionar y limitarse a aquellos controles y restricciones necesarios para alcanzar sus objetivos.	Los reguladores deben revisar con regularidad sus procesos y políticas para garantizar que existe un número mínimo de controles para alcanzar el resultado deseado. Esto simplificará los procesos y minimizará la burocracia lográndose así sistemas más transparentes, eficientes y eficaces. En algunos sistemas se habla de proporcionalidad respecto al nivel de riesgo.

Flexibilidad	Los estándares y procesos de regulación deben ser suficientemente amplios y flexibles para alcanzar sus objetivos y, al mismo tiempo, permitir libertad para la innovación, el crecimiento y los cambios.	En un entorno dinámico de cuidados de salud, la capacidad de respuesta a los cambios en las condiciones y requisitos se facilita a través de una amplia legislación y regulación idóneas. Es más fácil introducir mejoras e innovaciones en la práctica y los estándares enfermeros a través de directrices políticas en lugar de mediante legislación prescriptiva.
Eficiencia y congruencia	Los sistemas regulatorios deben funcionar de la forma más eficiente, garantizando coherencia y coordinación entre sus componentes.	En los sistemas de reglamentación en fase de desarrollo se debe realizar un análisis del impacto de la regulación para sostener un planteamiento basado en el riesgo y añadir transparencia a la toma de decisiones.
Universalidad	Los sistemas regulatorios deben promover estándares de actuación universales y promover la identidad y movilidad profesional hasta el máximo, de forma compatible con las necesidades y circunstancias locales.	Con el incremento en la movilidad de los profesionales y la circulación de pacientes cada vez hay más expectativas de que los estándares converjan. La publicación de estándares, la comparación entre jurisdicciones y la comunicación de buenas prácticas pueden contribuir a alcanzar la universalidad.
Justicia y transparencia	Los procesos regulatorios deben dar un tratamiento honesto y justo a las partes reguladas.	Para mantener la confianza de los ciudadanos, es fundamental que los procesos de toma de decisiones demuestren una justicia natural (justicia procedimental, que estén abiertos a la observación y sean capaces de ofrecer evidencia y razones claras para apoyar las decisiones tomadas. Por consiguiente, cuando una decisión puede afectar a los derechos o intereses de un enfermero, éste tiene derecho a (a) una audiencia justa y a exponer su caso, (b) un tomador de decisiones imparcial y (c) que la decisión se base en evidencia relevante.
Igualdad y compatibilidad interprofesional	Los órganos reguladores deben reconocer en los estándares y procesos la igualdad e interdependencia de las profesiones.	La mayoría de la asistencia sanitaria la prestan equipos de profesionales que trabajan conjuntamente con una comprensión mutua de las funciones de cada uno de los miembros. La incorporación al currículum de instrucciones sobre cómo trabajar en equipo o la experiencia mediante aprendizaje basado en la resolución de problemas puede contribuir al desarrollo de este planteamiento.

Intencionalidad. Sigue siendo relevante aunque cabe argumentar que su alcance se debe ampliar para englobar las dimensiones de la competencia inicial y la continuada, lo cual está relacionado con las peticiones de los ciudadanos de abordar adecuadamente la cuestión de la competencia continuada para ejercer a medida que el ambiente externo evoluciona, se actualizan las intervenciones y cambian las expectativas y necesidades de los ciudadanos.

Relevancia. Si se actualiza la descripción de la intencionalidad, no es necesario alterar la definición de relevancia más que para introducir el término 'explícito' porque la finalidad se declara cada vez más explícitamente y no se deduce implícitamente (JB Consulting, 1998).

Definición. Con la mayor difusión del planteamiento de 'actuaciones controladas' en el ámbito de la práctica (College of Nurses of Ontario, 2009), es necesario incorporar una referencia a este planteamiento en la descripción.

Objetivo profesional último. Con cada vez más carencia de enfermeros dotados de licencia (OMS, 2006) y el reconocimiento de la necesidad de contratarlos y fidelizarlos, especialmente en áreas remotas (OMS, 2010b), este principio no solo es congruente con otros que se describen más adelante sino que también cuadra bien con los conceptos expuestos en la publicación del CIE sobre Entornos Positivos de la Práctica (International Council of Nurses, 2007). Por tanto, no es necesario actualizar esta definición.

Colaboración. Anteriormente – *Intereses y responsabilidades múltiples* –, a medida que la asistencia sanitaria ha avanzado y se ha desarrollado el trabajo en equipo incluyendo los conceptos de competencias compartidas ya no basta con reconocer simplemente que hay numerosos intereses y responsabilidades sino que es fundamental que se persiga el principio de la colaboración. Este planteamiento se reconoce de forma muy diversa en publicaciones del College of Nurses of Ontario (2009) en relación con las controladas que pueden compartir varias profesiones o porque el órgano regulador no es más que uno de los actores de una orquesta que pretende proteger a los ciudadanos (Benton y Morrison, 2009a).

Equilibrio representativo. La importancia de este principio quedó reconocida cuando Styles y Affara (1986) realizaron su trabajo. Gracias a la participación de ciudadanos de fuera de la profesión se puede garantizar una mayor transparencia e impugnar las críticas relativas a la teoría de la captación en la regulación (Stigler, 1971; Peltzman, 1979).

Optimización. O, tal y como se verá más adelante en este capítulo, la idea de proporcionalidad para nivelar el riesgo es aún más importante hoy día que hace dos décadas. Garantizar que solo se aplican aquellos controles y restricciones necesarios para alcanzar la finalidad deseada contribuye a que la organización se centre en sus funciones fundamentales. Sin embargo, en cuanto al nuevo pensamiento (Better Regulation Taskforce,

2005) se encuentra la idea de proporcionalidad allá donde el nivel de respuesta no es uniforme sino que está relacionado con la envergadura del riesgo y, en consecuencia, se ha realizado una ligera modificación a la descripción. Tabla 14.

Flexibilidad. Se ha apuntado a la falta de flexibilidad del regulador como una de las barreras al cambio progresivo de los sistemas sanitarios (OMS, 2006) y ésta se ha señalado en una serie de estudios como algo fundamental para evitar fallos graves en los sistemas regulatorios. Cada vez más autores, como Benton (2007a), defienden no solamente el recurso a legislación flexible sino a legislación y estándares permisivos. En consecuencia, se han aportado algunos cambios menores a la descripción del principio.

Eficiencia. El término congruencia ha sido eliminado del principio en función del argumento de que para que un sistema sea eficiente es necesario que haya congruencia entre sus componentes. A causa de una mayor observación desde el exterior y mayores presiones en términos de costes, se ha incorporado a la descripción el concepto de optimización en el uso de recursos (Pew Health Professions Commission, 1995a; State Government of Victoria, 2003)

Universalidad. Al mismo tiempo, desde Styles y Affara (1986) el fenómeno de la migración de enfermeros ha sido objeto de cada vez más interés por parte de los profesionales, los ciudadanos y el gobierno (OMS 2006; Consejo Internacional de Enfermeras, 2004). Este principio no se ha modificado.

Justicia natural. Anteriormente *Justicia y transparencia*. Este principio se ha dividido en otros dos principios específicos. Se ha criticado la auto-regulación por promover los intereses de la profesión por encima de los de los ciudadanos (Stigler, 1971; Peltzman, 1979). Por consiguiente, se está desplazando el énfasis de una definición que no aborda la cuestión de la transparencia y parece sesgada a favor de los colegiados para reflejar una postura más equilibrada y actual según el principio de justicia natural en el que todas las partes son tratadas de forma justa.

Transparencia. Con el mayor énfasis que se ha ido poniendo en la buena gobernanza, se está animando y, en algunos casos exigiendo, a todos los organismos tanto estatales como de otra índole que sean más transparentes en su interacción con los grupos de interés. Esto puede suponer más consultas, publicación de información más clara o ponerla a disposición a través de Internet. Además, se ha propuesto la participación de miembros de fuera de la profesión en los procesos estratégicos, políticos y operativos con el fin de incrementar la transparencia (Pew Health Professions Commission, 1995b; Norman, 2002; Surdyk et al., 2003; y College of Nurses of Ontario, 2006).

Igualdad y compatibilidad profesional. Se ha borrado el último principio descrito por Styles y Affara (1986) porque se superpone considerablemente con las ideas contenidas en *Intereses y responsabilidades múltiples* ahora 'Colaboración' y aquellas contenidas en el principio de 'Objetivo profesional último'.

Falta el principio de rendición de cuentas que está en el corazón mismo de la reglamentación y se refiere tanto a la organización como a la regulación de las personas y, por tanto, se sugiere que cualquier sistema moderno que no persiga el principio de rendición de cuentas será un sistema deficiente.

Por último, aunque se menciona el principio de eficiencia al igual que el de relevancia y finalidad, ahora se hace referencia a la eficacia. Para mantener la confianza de los ciudadanos, los gobiernos y los profesionales, los sistemas deben ser eficaces.

La Tabla 14 reúne todos los cambios y proporciona un resumen de la lista enmendada de principios y su descripción modificada (Benton et. al.^b 2013^b).

Tabla 14. Resumen de la lista enmendada de principios y su nueva descripción según Benton et. al.^b (2013)

Principio	Descripción
Intencionalidad	La regulación se debe dirigir hacia una finalidad explícita que refleje el foco tanto inicial como continuado en la práctica competente.
Definición	Los estándares en materia de regulación se deben basar en definiciones claras del ámbito de la práctica, las actuaciones controladas y la rendición de cuentas.
Objetivo profesional último	Las definiciones y estándares en materia de regulación deben promover el máximo desarrollo de la profesión en función de su potencial contribución social.
Colaboración	Los sistemas regulatorios deben reconocer y consultar adecuadamente y después incorporar las perspectivas legítimas de las partes interesadas —los ciudadanos, la profesión y sus miembros, el gobierno, los empleadores, otras profesiones— en los aspectos relativos al establecimiento y administración de estándares.
Equilibrio representativo	El diseño del sistema regulatorio debe reconocer y equilibrar adecuadamente los intereses independientes.

Optimización	Los sistemas regulatorios deben proporcionar y estar limitados a aquellos controles y restricciones proporcionados y necesarios para lograr sus objetivos.
Flexibilidad	Los estándares y procesos de regulación deben ser suficientemente amplios, flexibles y permisivos para alcanzar sus objetivos y permitir así la libertad necesaria para innovar, crecer y cambiar.
Eficiencia	Los sistemas regulatorios deben funcionar de la manera más eficiente, garantizando coherencia y coordinación entre sus partes con el fin de optimizar los recursos utilizados para alcanzar la finalidad explícita declarada.
Universalidad	Los sistemas regulatorios deben promover estándares de actuación universales y fomentar la identidad y movilidad profesional hasta el máximo compatible con las necesidades y circunstancias locales.
Justicia natural	Los procesos regulatorios deben proporcionar un trato honesto y justo a todas las partes implicadas.
Transparencia	Los organismos de regulación deben comunicar utilizando un lenguaje claro, apoyar la participación de personas de fuera de la profesión y poner a disposición de los ciudadanos la mayor cantidad de información posible de forma que todas las partes interesadas puedan tomar decisiones informadas sobre cuestiones estratégicas, políticas y operativas.
Rendición de cuentas	Las agencias reguladoras y aquellos a quienes regulan deben rendir cuentas de sus acciones y estar abiertos a observación e impugnación.
Eficacia	Para mantener la confianza de los ciudadanos, el gobierno y la profesión, los sistemas regulatorios han de ser eficaces.

Tras haber efectuado una revisión crítica de los principios establecidos por Styles y Affara (1986), posteriormente actualizados por Benton y Morrison (2009a), cabe reconocer que se ha registrado un incremento en la difusión del planteamiento de utilizar principios en el establecimiento de las estructuras y prácticas regulatorias desde que se realizó el trabajo. De ahí la necesidad de otro análisis más detallado. En este sentido, la

Tabla 15 (Benton et al.^b, 2013) contiene un mapa de los principios identificados por los distintos autores, la mayoría provenientes de países desarrollados y centrados en estructuras regulatorias más amplias.

La primera observación que cabe realizar es que ningún otro autor propone principios que no se puedan cubrir con aquellos establecidos en el análisis crítico anterior del trabajo actualizado de Styles y Affara.

La segunda es que hay ocasiones en que un principio se puede aplicar a dos categorías en el análisis actualizado señalándose así que la descripción pormenorizada del principio en el otro trabajo es de naturaleza compuesta y cubre contenido derivado de los dos principios descritos en la Tabla 14 (Benton et al.^b, 2013).

La tercera, y en parte contraria a la segunda, es que en algunas ocasiones dos principios de una publicación pueden hacer referencia a un único principio en el análisis crítico actualizado señalándose así que o existe una superposición en los principios de la segunda publicación o que la definición actualizada del principio es más amplia. Por ejemplo, los dos principios de la publicación de la OCDE (2007) 'Avoidance of unnecessary restrictiveness' (Evitar restricciones innecesarias) y 'Vigorous application of competition principles' (Firme aplicación de los principios de competencia), que en efecto son las dos caras del principio de *Optimización*.

Tabla 15. Comparación de los principios identificados en el análisis crítico actualizado de Benton et. a.^b (2013)

Autores					
Principios	Análisis crítico actualizado	Styles y Affara 1986	Monetary Authority of Singapore 2010	Smith 2007	NCSBN 2007
	• Intencionalidad	• Intencionalidad			• Protección de los ciudadanos • Competencia
	• Relevancia	• Relevancia			
	• Definición	• Definición	• Clara y coherente		
	• Objetivo profesional último	• Objetivo profesional último Igualdad y compatibilidad interprofesional		• Mayor libertad para adoptar planteamiento propio	
	• Colaboración	• Intereses y responsabilidades múltiples • Igualdad y compatibilidad interprofesional	• Responsabilidad compartida	• Participación • Participación de los ciudadanos	• Colaboración estratégica
	• Equilibrio representativo	• Equilibrio representativo		• Participación de los ciudadanos	
	• Optimización	• Optimización	• Adecuada al riesgo		
	• Flexibilidad	• Flexibilidad	• Respuesta al cambio y ciclos	• Flexible y con capacidad de respuesta	• Responde al mercado y al entorno sanitario
	• Eficiencia	• Eficiencia y congruencia	• Sensible al impacto	• Más eficiente • Menor complejidad y simplificación	
	• Universalidad	• Universalidad			• Proceso debido y toma de decisiones ética
	• Justicia natural	• Justicia y transparencia			• Rendición de cuentas compartida • Basada en la evidencia
	• Transparencia		• Clara y coherente		
	• Rendición de cuentas				
	• Eficacia		• Sensible al impacto	• Mayor grado de cumplimiento sustancial	

Tabla 15. (Cont.)

Autores					
Principios	Análisis crítico actualizado	OCDE 2007	Arculus 2009	Thomadakis 2007	National Consumer 2000 Council
	• Intencionalidad				
	• Relevancia				
	• Definición		• Coherencia		• Coherencia
	• Objetivo último profesional				
	• Colaboración				
	• Equilibrio representativo				
	• Optimización	• Evitar restricciones innecesarias • Firme aplicación de los principios de competencia	• Proporcionalidad	• Necesidad • Proporcionalidad	• Proporcionalidad
	• Flexibilidad			• Flexibilidad	
	• Eficiencia	• Homogeneización de los procedimientos de conformidad			
	• Universalidad				
	• Justicia natural	• No discriminación			
	• Transparencia	• Transparencia	• Transparencia	• Transparencia	• Transparencia
	• Rendición de cuentas		• Rendición de cuentas		• Rendición de cuentas
	• Eficacia		• Orientada	• Eficacia	• Orientada

Tabla 15. (Cont.)

Autores					
Principios	Análisis crítico actualizado	Department of Toiseach 2004	External Advisory Committee on Smart Regulation 2004	Better Regulation Task Force 2005	Adrian (2006)
	• Intencionalidad				• Liderazgo
	• Relevancia				
	• Definición	• Coherencia		• Coherencia	• Coherencia
	• Objetivo último profesional				
	• Colaboración				
	• Equilibrio representativo				
	• Optimización	• Necesidad • Proporcionalidad		• Proporcionada al riesgo	
	• Flexibilidad				• Flexibilidad
	• Eficiencia		• Oportunidad • Eficiencia de costes		• Eficiencia
	• Universalidad				
	• Justicia natural				• Justicia • Integridad
	• Transparencia	• Transparencia	• Transparencia	• Transparente	• Transparencia y apertura
	• Rendición de cuentas	• Rendición de cuentas	• Rendición de cuentas y actuación	Rinde cuentas a ministros, parlamento, usuarios y ciudadanos	• Rendición de cuentas • Administración
	• Eficacia	• Eficacia	• Eficacia	• Objetivo centrado en la resolución de problemas con los mínimos efectos secundarios	• Eficacia

La cuarta, en algunas ocasiones la terminología es más específica o restringida respecto a la utilizada en los principios elaborados en el análisis crítico anterior, por ejemplo 'Protección de los ciudadanos' (NCSNN, 2007) es una formulación más exacta de *Intencionalidad*. De la misma forma, y también con arreglo a la publicación del NCSNN (2007), 'Colaboración estratégica' es un subconjunto de *Colaboración*.

La quinta, la conversión al punto anterior también se puede ver allá donde se utiliza un término para describir un principio que normalmente se interpretaría con un significado más amplio. Por ejemplo, Adrian (2006) en su análisis comparativo de la legislación enfermera en los estados y territorios de Australia identifica el 'Liderazgo' como un principio pero seguidamente lo define en términos de su influencia y ejecución de los poderes concedidos a la autoridad reguladora con la finalidad primaria de proteger a los ciudadanos.

La sexta, al leer un principio en concreto se puede comenzar a generar un conjunto de sinónimos, aunque se ha de hacer con precaución teniendo en cuenta la cuestión anterior sobre cobertura restringida o incompleta.

La séptima, el "los recuadros fuente del autor" se han resaltado en colores similares; naranja – publicaciones de enfermería; rosa – publicaciones financieras; verde – publicaciones gubernamentales transversales. Ello contribuye a detectar vacíos y superposiciones. Especialmente en cuanto a los vacíos, cabe destacar que los principios de *Relevancia* y *Universalidad* no han sido identificados por ningún otro autor aparte de Styles y Affara (1986) y el autor de la presente Tesis. Cabría argumentar que la *Relevancia* y, en especial, el significado concedido al principio de Styles y Affara (1986) es, en efecto, un aspecto específico de un sistema eficiente y por tanto se debe incorporar en el sentido más amplio. Sin embargo, no se puede aplicar la misma línea de argumentación en el caso de la *Universalidad* puesto que cabe argumentar y se ha reconocido (McElmurray et al. 2006) que, en caso de migración, los enfermeros son el marcador de la profesión porque tanto en términos de cifras generales y complejidad de los flujos de migración son el colectivo que muestra mayor movilidad profesional. Baldwin et al (2010) añaden lo siguiente en su análisis de algunas de las dificultades en relación con la definición exacta de regulación:

“La distribución de la ‘autoridad pública’ sobre varios niveles de gobierno y entre los sectores privado y estatal varía y se cuestiona en gran medida”.

Por consiguiente, el principio de *Universalidad* es necesario a causa de estos movimientos globales y la necesidad reconocida de facilitar la estandarización entre jurisdicciones y múltiples actores.

Tal y como se aprecia en la frecuencia de inclusión en otros marcos, los principios recientemente añadidos de *Transparencia*, *Rendición de cuentas* y *Eficacia* parecerían estar garantizados. Reuniendo todas estas observaciones, se propone que en la lista

definitiva de principios debería haber trece en total, es decir, todos los contenidos en la Tabla 14 con la excepción del principio de *Relevancia*, que ha sido resaltado y eliminado pero modificando la definición de *Eficiencia* al hacerlo para garantizar que este principio se dirige hacia una finalidad explícita declarada.

Independientemente del modelo legislativo y los principios perseguidos, los actuales mecanismos a disposición de los reguladores son similares y se abordan en la siguiente sección.

MECANISMOS ACTUALES PARA EJERCER LA REGULACIÓN PROFESIONAL

La definición de regulación profesional de Styles y Affara (1997) en el párrafo introductorio del presente capítulo apunta a algunas de las medidas utilizadas para lograrla al igual que el análisis de la literatura sobre el concepto de la teoría de los sistemas abiertos *Procesos de Input-Transformación-Output*.

Ahora se presenta una exploración y definición más completa de los mecanismos que se pueden utilizar. Fels et al. (1998), al examinar el área más amplia de la regulación ocupacional, ofrece una útil tipología de tres partes para analizar los distintos mecanismos que se pueden utilizar para regular a los profesionales. Esta tipología está formada por los siguientes elementos:

- Barreras al acceso
- Transacciones
- Mecanismos de compensación

La Tabla 16 ofrece un resumen de los distintos planteamientos que se pueden utilizar en función de dicha tipología de tres partes, descrita por Fels et al (1998).

Tabla 16. Resumen de los mecanismos utilizados para ejercer la regulación profesional

Barreras al acceso	Transacciones	Mecanismos de compensación
Colegiación	Información regulación	Conducta
Uso del título	Transacción regulación	Salud
Concesión de licencias		Competencia
Negación de licencias		Formación continuada
Certificación		

Colegiación

En la mayor parte del mundo, la colegiación se considera un mecanismo mediante el cual una persona que cumple una serie de requisitos básicos de acceso como edad y/o mínimo de años de educación primaria y secundaria, culminación de un programa educativo específico y se considera una persona ‘habilitada’ puede solicitar que su nombre se incluya en un registro público que normalmente está en manos de un organismo gubernamental o auto-regulado. Con la excepción del Reino Unido, la colegiación se ve como un planteamiento menos riguroso que la concesión de una licencia pero en este país la situación es distinta porque el hecho de que una persona esté en el registro implica que cumple un estándar específico (Moore y Tarr, 1989; Rops, 2004).

Uso del título

En algunos países, únicamente aquellas personas que cumplen determinados requisitos pueden utilizar un título protegido como el de ‘Licensed Nurse’. La protección del título normalmente está asociada a otras barreras al acceso como por ejemplo la concesión de una licencia o la certificación voluntaria/obligatoria. Utilizar un título protegido sin cumplir con los requisitos establecidos es un delito y normalmente implica algún tipo de castigo para la persona en cuestión (Rops 2004).

Concesión de licencias

La concesión de una licencia confiere el derecho a ejercer una profesión en concreto. Es necesario completar un programa formativo aprobado, tener una determinada edad y cumplir una serie de criterios mínimos formativos de acceso, ser una persona apta, cumplir un ámbito de la práctica específico y, en algunas jurisdicciones, mostrar evidencia de la competencia inicial y continuada (Rooney y van Ostenberg, 1999; Moore y Tarr, 1989; Deighton-Smith et al, 2001). La licencia implica el cumplimiento de un umbral y estándar mínimos.

Licencia negativa

La situación de licencia negativa se produce cuando se introduce en una lista de dominio público el nombre de una persona a la que se le ha prohibido trabajar con un determinado grupo de clientes o en una determinada profesión (Rops 2004). Aunque este sistema no se utiliza habitualmente, cada vez hay más reguladores que publican los nombres y los descubrimientos asociados a investigaciones junto con los nombres de las personas que han sido eliminadas del registro. El problema de este planteamiento, a causa de la movilidad mundial de la profesión, es que no hay ninguna lista centralizada y, en consecuencia, como hay varios registros negativos se puede esperar, como mucho, una protección limitada.

Certificación

Normalmente la certificación es un proceso voluntario que establece que la persona ha logrado un nivel mayor de competencia que el que requiere la licencia (Deighton-Smith et al 2001; Rooney y van Ostenberg, 1999). La certificación se utiliza habitualmente cuando los enfermeros, que a menudo trabajan en un área de especialización o con un grupo de clientes definido, desean comunicar que han recibido mayor formación y que han completado y superado una evaluación de mayor nivel en relación con su competencia.

Regulación informativa

La regulación informativa se puede utilizar tanto por sí misma o como parte de otras técnicas. Solicitar que determinada información se ponga a disposición a través de un mecanismo de fácil acceso puede ayudar a los usuarios de un servicio a decidir si el proveedor de servicios es adecuado para cubrir sus necesidades o puede ofrecer asesoramiento objetivo y validado sobre cómo realizar dicha valoración.

Regulación transaccional

La regulación transaccional no se utiliza habitualmente, por sí misma, como mecanismo para ejercer la regulación profesional. Este enfoque se utiliza habitualmente cuando es necesario transmitir información como una advertencia sanitaria en una cajetilla de tabaco pero también puede ser un requisito establecido en el código ético o deontológico del profesional, como por ejemplo el requisito de proporcionar el consentimiento informado cuando se ofrece una intervención.

Conducta

Cuando un profesional no cumple con los estándares de conducta, salud o competencia establecidos, la autoridad reguladora puede emprender acciones para abordar la carencia en cuestión. En ocasiones, la autoridad reguladora tiene opciones limitadas (revocación o suspensión de la licencia de la persona) pero en otras jurisdicciones puede tener un abanico de posibilidades más amplio y flexible (nuevo periodo de formación, restricción del ámbito de la práctica, periodos de práctica supervisada, tratamiento, multas o suspensión temporal de la licencia).

En el caso de la conducta, los profesionales han de cumplir con los requisitos plasmados en su código ético, ámbito de la práctica y código deontológico. Aquellos que a sabiendas o de modo temerario causan lesiones, trabajan superando su ámbito de la práctica, actúan de forma injusta o deshonesta o incumplen los comportamientos aceptados o habituales serán sometidos a una investigación y si son declarados culpables se buscará alguna forma de compensación, algo que, tal y como se mencionaba anteriormente, es cada vez más sofisticado en cuanto a las opciones de respuesta.

Salud

No todas las jurisdicciones reconocen que un profesional con licencia puede tener un problema de salud que puede influir negativamente en su competencia o conducta. Los sistemas regulatorios más modernos e iluminados reconocen que la salud sí puede influir y que si la persona recibe tratamiento puede volver a trabajar de forma totalmente competente y cumplir con los requisitos de conducta esperados.

Competencia y formación continuada

A causa de la rápida evolución que ha tenido lugar en los sistemas de salud, cada vez hay más jurisdicciones que solicitan evidencia sobre la competencia continuada o participación en actividades de formación continuada. El nivel de sofisticación de estos sistemas varía considerablemente. Algunos sencillamente requieren evidencia de que la persona ha cursado alguna actividad de formación o ha ejercido durante un mínimo de horas. Otras jurisdicciones requieren la presentación de evidencia sobre una evaluación autorreflexiva de su competencia o incluso evidencia de una evaluación a 360 grados.

PUNTOS CLAVE DE LA LITERATURA EXISTENTE

La literatura académica sobre la regulación de la enfermería es extremadamente limitada y la que existe a disposición muestra debilidades metodológicas y un sesgo subyacente (información derivada de las perspectivas de líderes enfermeros *senior* que normalmente se encuentran en un determinado país).

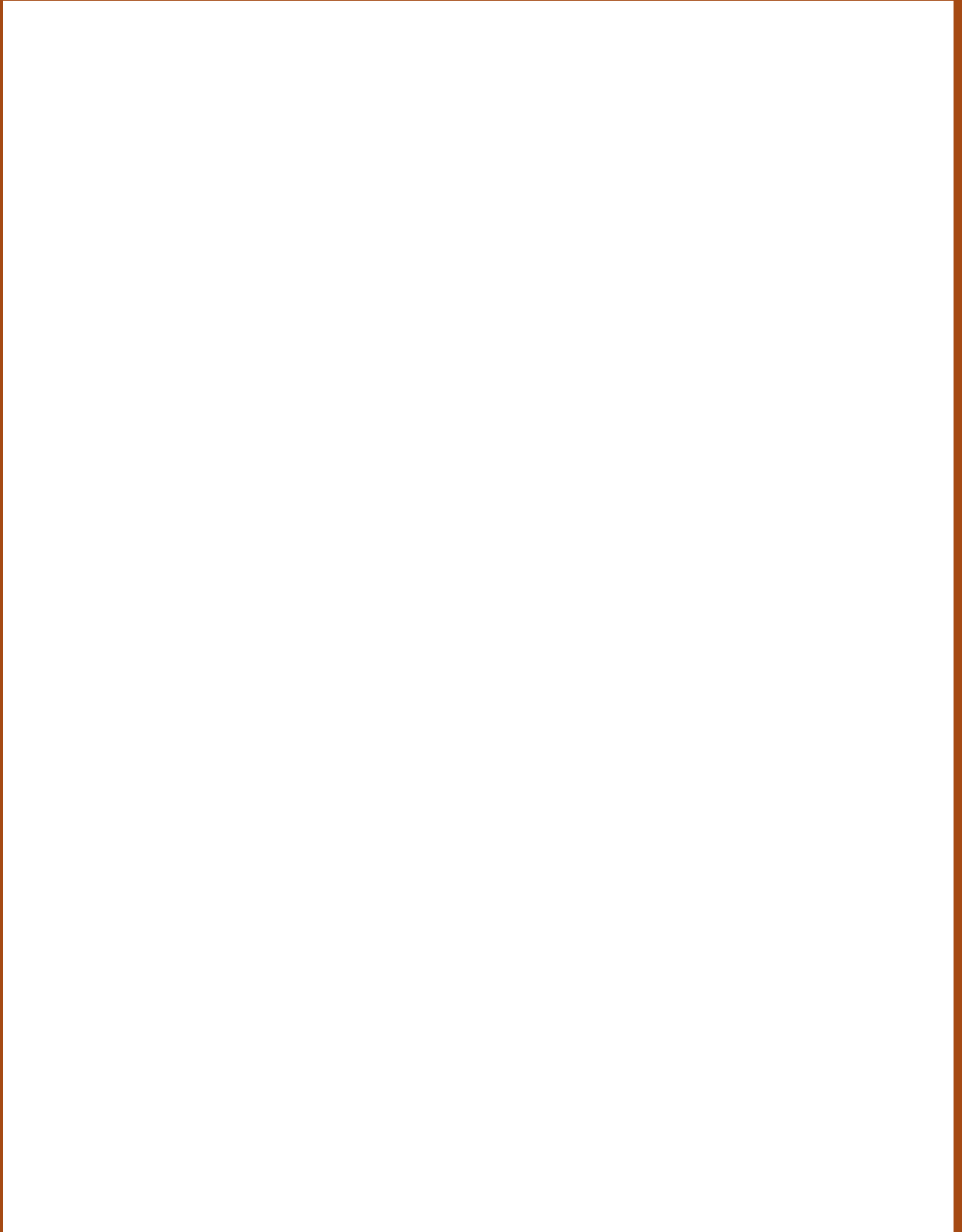
En el contexto de una mayor globalización y variedad de modelos utilizados para regular la profesión de enfermería parecería que ha llegado el momento de emprender un análisis exploratorio comparativo internacional sobre la regulación de la práctica de la enfermería.

El uso de un análisis de sistemas abiertos para abordar los factores que influyen en el ámbito de la regulación junto con la utilización del marco conceptual de la economía política han servido de base para formular el diseño y la metodología de la investigación.

Se han encontrado y abordado varias brechas en la literatura existente. Gracias a un exhaustivo análisis de la literatura a disposición en materia de enfermería, disciplinas

de salud y los más amplios sistemas regulatorios ha sido posible determinar una propuesta de tipología para la enfermería y describir el continuum de regulación, desde la no regulación hasta los distintos grados de regulación, incluyendo la regulación gubernamental. Asimismo, se ha identificado una tipología que engloba los últimos avances en las estructuras administrativas. Este continuum junto con las estructuras administrativas forman un puntal del trabajo de investigación de este estudio. Asimismo, los principios identificados por Styles y Affara (1986) han sido objeto de una revisión crítica, y se ha determinado y descrito un conjunto de principios actualizado en el contexto de los factores que influyen en la regulación de la enfermería y el planteamiento emergente sobre el uso de principios en otros sectores.

El resumen anterior de puntos clave de la revisión de la literatura se aborda de nuevo en el posterior capítulo sobre conclusiones y recomendaciones que ofrece propuestas para una mayor investigación en el ámbito de estos vacíos.



CAPÍTULO 2 HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

DECLARACIÓN DEL PROBLEMA

Hasta la fecha se ha realizado poco trabajo académico centrado en cómo se regula la práctica de los enfermeros y qué modelo de regulación es el más adecuado para perseguir los objetivos avanzados más comunes de garantizar un ejercicio profesional competente protegiendo así la salud de los ciudadanos. De hecho, el material disponible y específico de enfermería habitualmente se ha basado en datos más bien restringidos, recopilados hace tiempo, y en actividades desempeñadas en talleres con grandes líderes de asociaciones profesionales y enfermeros que trabajan en ministerios de Sanidad (CIE, 1960, CIE, 1969, CIE, 1985).

Recientemente, el modelo defendido con mayor frecuencia por la profesión, la auto-regulación, ha sido el centro de considerables críticas (National Consumer Council, 1999, Salter, 2004, Organización Mundial de la Salud 2006). Asimismo, en numerosos lugares del mundo el contexto de la prestación de asistencia sanitaria está cambiando rápidamente y las fuerzas que influyen en la profesión son tales que parece adecuado realizar un análisis sistemático sobre cómo modelan estas fuerzas el ámbito de la regulación y qué planteamiento o planteamientos son los más adecuados para abordar los retos de hoy día. La globalización con una mayor migración de enfermeros y pacientes está haciendo aún más urgente la necesidad de comprender y comparar el ámbito de la regulación en los distintos países. Explorar la regulación profesional desde distintas perspectivas tiene el potencial de enriquecer nuestra comprensión del tema y ofrecer ideas sobre cómo podríamos regular la profesión en un ámbito de la práctica que cada vez es más complejo y cambia más rápidamente (Benton y Morrison, 2009a).

HIPÓTESIS

Al analizar una muestra estratificada aleatoria de legislación jurisdiccional enfermera actual es posible:

- identificar características clave en la actual legislación enfermera para:
 - desarrollar una serie de medidas dirigidas a juzgar el desempeño del órgano regulador en la actualidad
 - determinar un modelo regulatorio óptimo y un planteamiento administrativo asociado coherente con un órgano regulador de alto desempeño.

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

- Analizar el contexto socio-económico, demográfico y de los sistemas de salud de una muestra estratificada aleatoria de jurisdicciones.

- Desarrollar un léxico de términos clave utilizados en una muestra estratificada aleatoria de legislación proveniente de distintas jurisdicciones.
- Realizar una crítica de las características clave de la actual legislación enfermera asociadas a los distintos modelos de regulación profesional.
- Analizar cómo las tendencias actuales de la profesión interactúan con los distintos modelos de regulación profesional.
- Generar un conjunto de medidas para juzgar el desempeño del órgano regulador.
- Elaborar críticamente una definición contemporánea de la regulación profesional enfermera.
- Determinar un modelo regulatorio y acuerdos administrativos asociados óptimos y más adecuados para un alto desempeño en el funcionamiento del órgano regulador.



CAPÍTULO 3 MÉTODOS

PARADIGMA DE LA INVESTIGACIÓN

Cabe destacar que la literatura académica sobre la regulación de la enfermería es extremadamente limitada y la que está a disposición muestra debilidades metodológicas y un sesgo concreto (información derivada de las perspectivas de líderes enfermeros *senior* que normalmente se basan en el país de cada uno de ellos). Considerando el contexto de una mayor globalización y variedad de modelos utilizados para regular la profesión de enfermería en el diseño y realización del presente estudio se utiliza un planteamiento metodológico mixto con técnicas cualitativas y cuantitativas.

En particular, Bazeley (2008) determina que los planteamientos metodológicos mixtos son especialmente útiles cuando se busca uno o varios de los siguientes criterios:

1. Se buscan datos complementarios, cualitativos para mejorar la comprensión de los descubrimientos cuantitativos (como en el caso de este estudio) y cuantitativos para contribuir a generalizar las perspectivas cualitativas.
2. Hay distintos métodos adecuados para los diferentes elementos del proyecto que contribuyen a formar un cuadro general.
3. Se buscan datos de varias fuentes independientes para compensar o contrarrestar los sesgos de cada método.
4. El objetivo de un estudio evaluativo es comprender ambos procesos.
5. Un método proporciona información útil para la preparación del siguiente.

Sobre la base de los objetivos de investigación del presente estudio y los criterios anteriores, resulta evidente que el planteamiento metodológico mixto (O’Cathain et al, 2007; Bazeley, 2008; Onwuegbuzie y Leech, 2006) es especialmente adecuado para el abordaje de las cuestiones de investigación planteadas. Más concretamente, se realiza una exploración cualitativa de la legislación existente y los modelos asociados para identificar las características principales seguida de un examen cuantitativo de opiniones expertas para describir un modelo óptimo. Ni los métodos cuantitativos ni los cualitativos bastan por sí solos para explorar exhaustivamente los objetivos establecidos para esta investigación pero, cuando se combinan, éstos se complementan entre sí y crean las condiciones necesarias para un análisis más completo (Green et al, 1989; Tashakkori y Teddie, 1998). Gracias al uso de un diseño metodológico mixto es posible recopilar y analizar la información necesaria para contestar a las cuestiones de la investigación recabando datos textuales y numéricos que se pueden revisar y explorar secuencialmente y/o confluentemente (Creswell, 2003; Tashakkori y Teddie, 1998).

MÉTODOS DE RECOPIACIÓN DE DATOS

En el presente estudio se recurrirá a una combinación de análisis documental y a un cuestionario Delphi. Concretamente:

1. Se identificarán, recuperarán y analizarán las fuentes documentales en forma de legislación extensa sobre la regulación de la enfermería en representación de modelos regulatorios distintos.
2. Se considerará una muestra estratificada aleatoria y variada de líderes clave con conocimientos de los distintos modelos regulatorios de la enfermería a nivel nacional/jurisdiccional en el marco de un estudio Delphi de tres rondas.

Análisis documental

El análisis documental es un método que permite un examen riguroso y sistemático de material escrito que contiene información sobre el tema de interés (Baily, 1994). Payne y Payne (2004) describen este planteamiento como una técnica que categoriza, investiga, interpreta e identifica el contenido de las fuentes físicas, que normalmente son documentos escritos provenientes de fuentes públicas o privadas.

En el caso del presente estudio, las fuentes documentales para el análisis comparativo inicial son leyes parlamentarias (u órgano de gobierno equivalente) y documentos jurídicos considerados como fuentes primarias. Las copias se obtendrán de fuentes gubernamentales oficiales y se traducirán, en caso necesario, al inglés, para su análisis.

Al examinar las fuentes documentales, Scott (1990) señala que es necesario considerar una serie de pasos en el control de calidad para que la base de la investigación sea sólida. Por ejemplo, cabe tener en cuenta la autenticidad, credibilidad, representatividad y significado.

En primer lugar, si se obtienen documentos originales de fuentes gubernamentales (genuinas, fiables y con origen de confianza) se puede garantizar la autenticidad de los documentos.

En segundo lugar, la credibilidad de las cuestiones declaradas para esta investigación (libre de errores y distorsiones) también está asegurada porque todas las leyes parlamentarias tienen que superar distintos trámites y revisiones antes de ser consensuadas y aprobadas.

En tercer lugar, para que los documentos cumplan con los criterios de representatividad éstos han de ser característicos de su tipo. Aunque el formato de las leyes parlamentarias puede variar con el paso del tiempo éstas se redactan de forma que cumplan con los estatutos jurídicos del país en cuestión. Y aunque el contenido de las distintas leyes elaboradas en una determinada jurisdicción reflejará el tema en cuestión, el estilo jurídico sigue un planteamiento y estructura estándar. Por consiguiente, se considera que los contenidos fuente cumplen los criterios de representatividad.

El último criterio – significado (se refiere a si el significado es claro y comprensible) – es más problemático. Como el estudio implica la obtención de documentos de

varios países, los documentos fuente primarios se publicarán con el estilo jurídico y en la lengua oficial del país en cuestión. Aunque el investigador tiene capacidad de leer en dos idiomas (inglés y español) existen otras lenguas desconocidas para él. En consecuencia se recurrirá a traductores profesionales para traducir los documentos fuente a la lengua madre del investigador (inglés) y seguidamente se analizará su contenido a partir del texto traducido. Asimismo, el investigador, en caso necesario, se pondrá en contacto con el registrar (director del órgano regulador con el deber de interpretar la legislación en esa jurisdicción) o el funcionario equivalente para aclarar cualquier punto necesario en las traducciones profesionales. Un segundo posible problema en relación con el criterio de significado es el tema de las enmiendas a las leyes parlamentarias originales y la legislación y/o reglas subsidiarias ya que puede ser difícil integrarlas plenamente en el texto original de la ley y es necesario poner especial cuidado para garantizar que el criterio relativo al significado no se vea comprometido por omisión de dicho material adicional.

Planteamiento analítico en relación con el análisis documental

El análisis documental de la legislación se ha realizado aplicando un método de comparación constante con un planteamiento deductivo en materia de codificación tal y como describen Strauss y Corbin (1998). En el análisis se han utilizado para los códigos los puntos de partida desarrollados por Benton y Morrison (2009b). El investigador entonces ha contribuido a estos códigos a través de una codificación inductiva. Se considera que el método de comparación constante es el adecuado cuando se abordan temas generales (Leech y Onwuegbuzie, 2007). Para facilitar la identificación de códigos no identificados previamente, también se ha utilizado la técnica de recuento de palabras ya que según Miles y Huberman (1994) ésta contribuye al mantenimiento de la integridad analítica proporcionando una trazabilidad que facilita a los lectores la evaluación de la legitimidad del análisis (Lincoln y Guba, 1995; Onwuegbuzie y Leech, 2007).

Para apoyar el análisis de datos se ha utilizado NVIVO 9, un software informático de datos altamente flexible con el fin de gestionar y codificar la información de forma eficaz (Bazeley, 2010; Edhlund, 2011). Además de ofrecer algunas herramientas sofisticadas y la posibilidad de utilizar fuentes de audio, vídeo y fotográficas, este paquete informático apoya plenamente la edición de textos y la generación de notas, memorias y anotaciones, codificación, recuperación de textos y nodo, así como manipulación del conjunto y los atributos. El paquete es ideal tanto para los métodos de comparación constante como de recuento de palabras, ya que acumula los datos utilizando distintos formatos, lo cual permite importar los documentos legislativos de forma relativamente sencilla. Este software ofrece al investigador la posibilidad de utilizar una serie de carpetas para contribuir a la estructuración de los datos. Las memorias se guardan separadas de los datos fuente pero, tal y como corresponde, están vinculadas a los documentos fuente.

Con el fin de protegerse frente a la pérdida de datos, el investigador se ha servido de un sistema de back-up para grabar una 'imagen' del proyecto (término aplicado por NVIVO al análisis) cada 15 minutos y al final de cada sesión se guarda una copia en el

disco duro del ordenador portátil del investigador, que automáticamente se guarda a su vez en su directorio en la nube utilizando el servicio MobileMe iDisk.

La legislación para el análisis documental

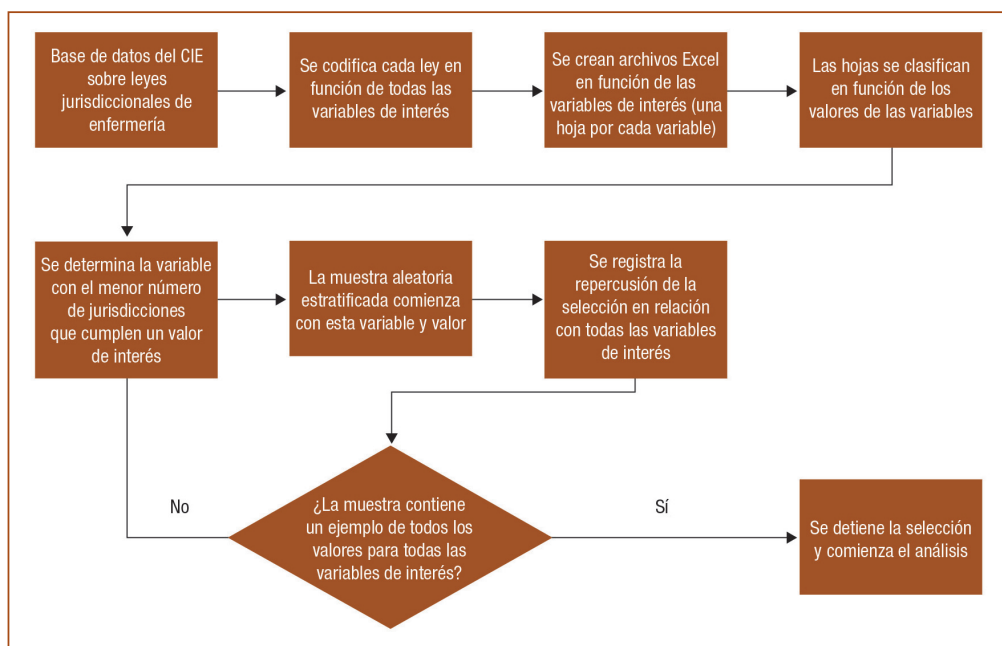
Se ha seleccionado una muestra estratificada aleatoria de países/jurisdicciones para contar con un conjunto variado de fuentes materiales teniendo en cuenta la descripción de los distintos modelos de regulación de la enfermería facilitados en el capítulo introductorio. Esta diversidad enriquece el análisis y su congruencia con las finalidades del planteamiento político Delphi que se ha seguido. Minogue (2005) enfatiza que cuando los académicos comparan las experiencias internacionales en materia de reformas en el ámbito de la regulación deben tener en cuenta que lo que funciona bien en un lugar, y que parece ser perfectamente lógico, podría tener un aspecto bastante diferente en otros contextos y, por tanto, en las conclusiones y los consejos para la elaboración de políticas se deben tener debidamente en cuenta las realidades jurídica, cultural y social de cada situación. Como uno de los objetivos del presente estudio es identificar y describir los acuerdos de gobernanza óptimos y más adecuados para la práctica actual y futura en materia de regulación, en la selección de países/jurisdicciones se han tenido en cuenta los distintos modelos, geografías, estructuras legislativas y tradiciones jurídicas. Por este motivo, la muestra estratificada aleatoria de países/jurisdicciones seleccionada cubre al máximo los distintos modelos en relación con estas perspectivas.

Además, se ha determinado que la fase de desarrollo económico (Ogus, 2002; Shleifer, 2005; Jordana & Levi-Faur, 2010) puede influir en los sistemas regulatorios. Esta última variación ha sido algo más compleja de afrontar porque a menudo los sistemas regulatorios de los países en desarrollo se encuentran en fase embrionaria.

Selección de la muestra de legislación

Para seleccionar la muestra de legislación, se extrajo una muestra estratificada aleatoria de la base de datos de legislación enfermera del CIE. En un primer momento, se codificó toda la legislación en función de las variables de interés (región geográfica del mundo, categoría de RNB, tradición jurídica, modelo de regulación enfermera y planteamiento administrativo). Cada variable de interés tenía una serie de posibles valores, por ejemplo el caso de la tradición jurídica incluía el Derecho Civil, el Consuetudinario y el Islámico. Siguiendo este enfoque, se creó una serie de documentos Excel, uno para cada variable de interés, y se seleccionaron según sus posibles valores respectivos. Seguidamente, éstos se utilizaron para seleccionar, utilizando la función aleatoria incorporada en el paquete Microsoft Excel 2010, legislación para su incorporación al análisis. Como cada ley estaba codificada en función de todas las variables, la selección de una ley para cumplir una de las variables de interés tenía una repercusión en todas las demás variables. De este modo, se estableció la secuencia de selección en función del valor menos representado en las variables de interés. La Figura 6 ofrece una representación esquemática del proceso de selección.

Figura 6. Selección estratificada aleatoria de legislación



Análisis Delphi

El planteamiento Delphi es un método desarrollado en el ámbito de unos estudios realizados durante la Guerra Fría para contribuir a predecir el posible impacto de la tecnología en las guerras (Dalkey y Helmer, 1963). Se utiliza ampliamente y en la actualidad es un método aceptado para la recopilación de información proveniente de expertos definidos que, de forma anónima y a través de un ciclo interactivo, generan coherencia y claridad sobre los distintos aspectos del tema objeto de estudio (Hsu y Sanford, 2007; Skulmoski et.al. 2007).

Normalmente, el planteamiento Delphi recurre a dos rondas de cuestionarios (Polit y Beck, 2008). Linstone y Turoff (2002) sostienen que en la mayoría de los estudios de investigación es suficiente con un diseño de tres rondas para lograr resultados estables y que si se realizan más rondas se corre el riesgo de que los panelistas lo consideren excesivo y disminuyan los índices de respuesta. Por esta razón, en el presente estudio, se ha utilizado un diseño de tres rondas en el que al final de las rondas uno y dos se ha facilitado retroalimentación recopilada y anónima a los expertos, los cuales seguidamente dan respuesta a cuestiones cada vez más específicas (Linstone y Turoff, 2002). El método Delphi utiliza sistemas tanto cualitativos como cuantitativos y, según Sprenkle y Moon (1996), es el “método mixto más claro”.

Este enfoque tiene una serie de ventajas sobre los demás métodos de recopilación de opiniones de expertos como por ejemplo la capacidad de ofrecer el anonimato a los

participantes, un proceso de retroalimentación controlado y estructurado, y el uso de una serie de mediciones estadísticas relativamente sencillas para que los expertos participantes puedan interpretar los resultados en tiempo real (Dalkey, 1972; Ludlow, 2002; Okoli y Pawlowski, 2004; Hsu y Sanford 2007). Se dice que las ventajas de esta técnica consisten en que se reduce la posibilidad de que una persona domine el grupo y también la conformidad por presiones de los pares (Dalkey, 1972). Asimismo, el investigador añadiría que en el caso de este estudio en el que los expertos provienen de todo el mundo y cuya lengua materna no siempre es el inglés, la técnica utilizada ofrece a los panelistas más tiempo para reflexionar y considerar los temas.

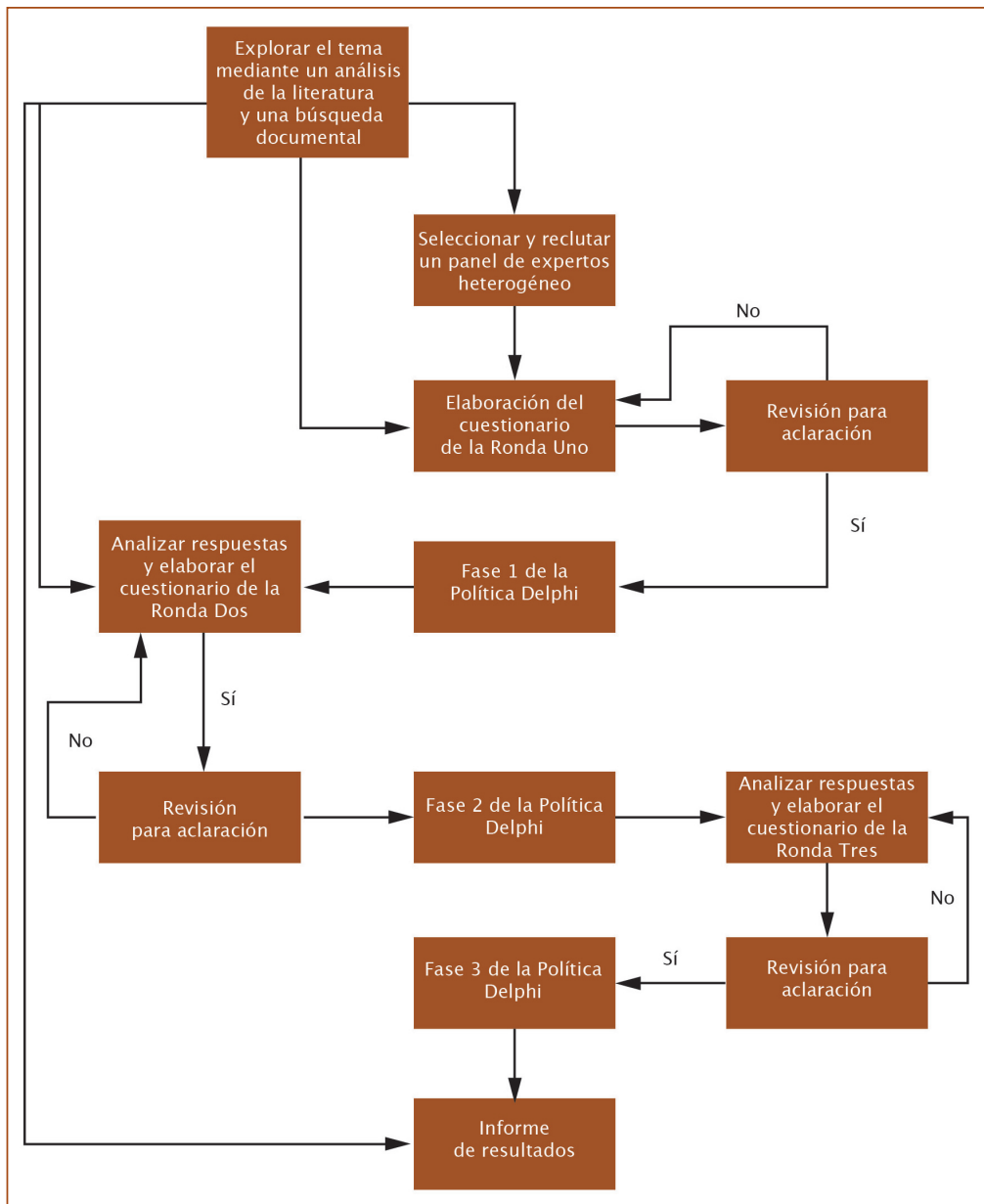
Turoff (2002) afirma que existen numerosos planteamientos respecto al diseño y aplicación de la técnica Delphi. En particular, señala que la 'Política Delphi', a diferencia de las aplicaciones anteriores de la técnica en que se contaba con la participación de grupos homogéneos de expertos, recurre a un grupo heterogéneo con la intención de:

“...generar las opiniones más opuestas posible para la posible solución de grandes temas políticos”.

Rayens y Hahn (2000) también indican que la Política Delphi es especialmente adecuada para determinar divergencias y consenso sobre temas de gran complejidad. Para incrementar las probabilidades de lograr realizar una exploración pormenorizada del tema con el número mínimo de rondas ha sido necesario cumplir con una serie de pre-requisitos, además de una cuidadosa selección de expertos que representara numerosas de las distintas posturas estudiadas. Según Slocum (2005) para incrementar las probabilidades de realizar una exploración sólida del tema, el investigador debe planificar desde el principio los siguientes aspectos:

- Formulación cuidadosa de los temas.
- Claridad en las opciones a considerar.
- Determinación de las posturas iniciales sobre los temas. ¿Sobre qué posturas ya está de acuerdo todo el mundo y cuáles no son importantes y se deben descartar? ¿Sobre cuáles se puede alcanzar un acuerdo?
- Exploración y determinación de los motivos y supuestos que sustentan cualquier diferencia de opinión.
- Evaluación de los motivos subyacentes de manera neutral, separando las distintas posturas y su comparación entre sí.
- Estar preparado para reconsiderar las opciones teniendo en cuenta la evidencia generada y las distintas posturas desarrolladas.

En este sentido, la Figura 7 contiene el planteamiento utilizado de política Delphi. Cabe destacar que se ha introducido una comprobación de claridad (gramática y contenido) en cada fase del diseño del cuestionario Delphi. Para dicha comprobación se ha recurrido a un grupo reducido de expertos que están familiarizados tanto con la regulación profesional como con la metodología utilizada. Por cuestiones de transparencia, se ha incorporado al Anexo 1 una lista con los nombres y cargos de los miembros del gru-

Figura 7. Representación esquemática del proceso de política Delphi

po. Las propuestas realizadas por estos expertos en método y contenido se han considerado atentamente. En los casos necesarios, se han afinado los instrumentos antes de su distribución con la muestra identificada (Anexo 2).

Además de la literatura examinada en la introducción, también se han utilizado los descubrimientos derivados del análisis documental de la legislación en la elaboración de los cuestionarios de las rondas uno y dos del estudio Delphi.

Panel de expertos

Para formar el grupo de expertos Delphi, se reclutó una muestra estratificada y aleatoria de expertos (la lista de nombres y países de origen se encuentra en el Anexo 2). Proviene de distintos lugares del mundo, de países con distintas tradiciones jurídicas en los que se utilizan distintos planteamientos para la administración de la legislación ofreciéndose así una buena cobertura de los numerosos modelos de regulación. Además, se han buscado distintas perspectivas, a saber: en los servicios, directores de enfermería; a cargo de los órganos reguladores, *registrars*; formadores de enfermeros; líderes de asociaciones nacionales de enfermería; y perspectivas laicas, representantes de los pacientes y de otras disciplinas.

Selección de los expertos

El Consejo Internacional de Enfermeras dispone de listas actualizadas de personas con toda una serie de intereses. En ellas se encuentran directores ejecutivos y presidentes de órganos reguladores de enfermería, directores de enfermería, directores y decanos de instituciones de formación enfermera, presidentes y directores ejecutivos de asociaciones nacionales de enfermería, así como personas que no son enfermeras y que han participado en conferencias sobre regulación. Se determinaron todas las personas que habían participado en algún evento de regulación en el periodo 2009–2011 (262 personas). Entre este tipo de eventos cabe considerar los foros de acreditación y regulación, conferencias de regulación y anteriores estudios de investigación sobre regulación.

Boulkedid et al. (2011) realizaron un meta-análisis de estudios utilizando el planteamiento Delphi basado en 80 investigaciones diferentes. Una de las variables de interés en su análisis fue la dimensión del panel de expertos. En 76 de los 80 estudios revisados la dimensión del panel variaba considerablemente (de 3 a 418) con una mediana de 17 y un rango Cuartil 1 a Cuartil 3 de 11 a 31 expertos. A pesar de este descubrimiento, los autores recomendaron que la dimensión del panel debía ser lo mayor posible. Akins et al, (2005) estudiaron específicamente la dimensión de los paneles y concluyeron que no había consenso alguno sobre qué constituye un panel pequeño o grande o sobre el número necesario para obtener resultados estables. Sin embargo, Akins et al, (2005) lograron demostrar que se podían obtener resultados estables con un número de expertos relativamente bajo, 23. A causa de la falta de orientación definitiva sobre la dimensión del panel de expertos aparte de que esté formado por al menos 23 expertos e, idealmente, sea lo mayor posible, se tomó la decisión de invitar a 75 expertos. Esta cifra se basa en que Gordon (1994) señaló que los estudios Delphi normalmente obtienen un índice de respuesta del 40–75%. Por consiguiente, al invitar a 75 expertos, se anticipaba recibir al menos 30 respuestas.

El proceso de selección fue similar al utilizado para seleccionar la legislación. Sin embargo, en el caso de la selección de los expertos se consideraron las siguientes variables de interés: trasfondo (órgano regulador, asociación nacional de enfermería, formador, basado en la práctica y laico), género, modelo regulador de la jurisdicción, tradición jurídica de la jurisdicción, situación económica de la jurisdicción en función de las categorías de RNB establecidas por el Banco Mundial.

Cada una de las 262 personas determinadas fue codificada en función de todas las variables de interés y, de este grupo, se seleccionó una muestra estratificada aleatoria de 75 personas. La selección implicó la realización de una serie de archivos Excel, uno para cada una de las variables de interés, que después de clasificaron de acuerdo con los posibles valores respectivos. Los expertos seleccionados se identificaron utilizando la función aleatoria incorporada en el paquete Microsoft Excel 2010. Se utilizó un algoritmo similar al usado en la selección de la legislación. Es decir, se utilizó la variable con el menor número de expertos asignado a un valor de interés para determinar la lista de nombres de entre los cuales se realizaría la siguiente elección estratificada aleatoria.

Cómo garantizar el compromiso de los expertos

Turoff y Hiltz (1996) sostienen que los panelistas están motivados para participar activamente si sienten que sacarán algún valor de la experiencia. Por consiguiente, se ha puesto especial cuidado en la redacción de la primera carta de contacto y las posteriores comunicaciones. Asimismo, Adler y Ziglio (1996) recomiendan considerar cuatro criterios al seleccionar a los expertos:

- Tienen los conocimientos y experiencia necesarios sobre el tema objeto de investigación.
- Tienen la capacidad y la voluntad necesarias para participar.
- Tienen suficiente tiempo y disponibilidad para cumplir con el calendario establecido.
- Tienen habilidades de comunicación eficaces.

El investigador ha incluido estos puntos en la carta inicial dirigida a posibles expertos tal y como se aprecia en el Anexo 3. Hsu y Sanford (2007) apuntan al desgaste como riesgo específico de este método y por eso el investigador ha avisado a los panelistas que se facilitaría un calendario claro para la entrega de los cuestionarios cumplimentados en todas las fases y que se enviarían recordatorios unos días antes de la fecha establecida si aún no habían cumplimentado el instrumento.

Anonimato de los panelistas

Turoff y Hiltz (1996) señalan la importancia del anonimato afirmando que permite que:

- Las personas no se tengan que comprometer con ninguna idea manifestada inicialmente que podría no ser adecuada posteriormente.
- Si resulta que una idea no es apropiada, nadie pierde su reputación por haberla presentado.
- Las personas de alto estatus son libres de exponer ideas cuestionables.
- Facilita que un panelista las rechace una idea o cambie de opinión al respecto.
- Es más frecuente que se cambie el voto cuando en el grupo no se conoce la identidad del votante.
- Se reduce el riesgo de que una idea o concepto pueda considerarse sesgado simplemente a causa del panelista que lo presenta.

A los panelistas se les ha garantizado que sus respuestas y opiniones se compartirían o revelarían únicamente a otros panelistas utilizando un formato que impide la identificación en las distintas rondas del estudio Delphi y en la elaboración del presente estudio. Sin embargo, en la carta solicitando su adhesión se les notificó que sus nombres se publicarían en una lista – Anexo 3 – contenida en la presente tesis.

Diseño de los instrumentos Delphi

En un estudio Delphi no es posible presentar desde el principio las herramientas para las distintas fases porque éstas se van desarrollando como parte integrante de la investigación. Sin embargo, dicho esto, las copias de las herramientas efectivamente utilizadas en cada una de las tres rondas se encuentran en los Anexos 4, 5 y 6. Tal y como se aprecia en estas herramientas, se ha solicitado una combinación de datos tanto cualitativos como cuantitativos. Asimismo, cabe señalar que es necesario consensuar previamente algunas decisiones sobre el formato para juzgar los ítems y retroalimentar a los panelistas. En el caso de este estudio, se ha utilizado una escala Likert de cuatro puntos para solicitar la opinión de los distintos expertos, la cual es especialmente adecuada para el planteamiento de ‘Política Delphi’ porque obliga al encuestado a adoptar una postura definitiva a favor o en contra (Turoff, 2002). Según señala Turoff (2002) ***‘la falta de un punto neutral promueve un debate en línea con los pros y los contras’***, ofreciendo así una exploración más rica e integral del tema.

Criterios utilizados para valorar las cuestiones planteadas en los instrumentos

Algunos investigadores han determinado que solicitar la opinión de los panelistas sobre la deseabilidad, factibilidad, importancia y confianza en relación con los ítems permite que surjan ideas valiosas y, gracias a un análisis sistemático, se puede decidir cuáles son las aquellas más adecuadas para abordar las cuestiones de la investigación (Adler y Ziglio, 1996; Turoff, 2002; Jillson, 2002).

En relación con los datos cuantitativos, según Hasson et al (2000), Rayens y Hahn (2000) y Onwuegbuzie y Leech (2006), los estudios Delphi tienden a utilizar sistemas de medición de tendencia central como por ejemplo significado, modo y mediana junto con las mediciones sobre la dispersión incluyendo desviaciones estándar y rangos intercuartiles. Estas técnicas evitan la realización de mediciones estadísticas excesivamente complicadas y, normalmente, la mayoría de los panelistas están familiarizados con ellas y, por tanto, son ideales para proporcionar retroalimentación sobre su postura colectiva en relación con las distintas cuestiones. Hill y Fowles, (1975) y Hasson et al (2000) coinciden en que, en general, las puntuaciones medias se utilizan cuando se emplean escalas de tipo Likert y que usar rangos intercuartiles a menudo facilita a los panelistas la información necesaria sobre la variabilidad en el grado de consenso.

En relación con las dos últimas dimensiones, *Continuum de la Regulación Profesional Enfermera y Planteamientos Administrativos*, cómo éstas arrojan datos categóricos independientes en lugar de una Escala Likert, los resultados se comunicaron en la tercera ronda como porcentaje de encuestados que optaba por una categoría en particular.

Retroalimentación a los panelistas al finalizar de las rondas uno y dos

Debido a la naturaleza de las cuestiones planteadas en la ronda uno (véase Anexo 4) se ha facilitado retroalimentación cualitativa incluyendo un resumen de las respuestas anónimas para responder a los temas analizados:

- Examinar la actual definición del CIE de regulación profesional para su revisión.
- Las características que se considera adecuadas para determinar si un órgano regulador es de alto desempeño utilizadas para elaborar los ítems para las rondas dos y tres del estudio Delphi.

Cabe destacar que en el Anexo 4 se expone como definición operativa de órgano regulador de alto desempeño aquel que realiza sus funciones principales y subsidiarias de manera coherente, eficaz y eficiente.

La retroalimentación de la ronda 2 ha sido tanto cuantitativa, estructurada como estadísticas descriptivas sobre cada uno de los ítems, como cualitativa, resumiendo comentarios adicionales. Gracias a este enfoque se han podido determinar áreas de consenso y de divergencia. El resumen de comentarios ha facilitado el análisis por parte de los panelistas cuando había diferencias de opinión. Seguidamente, se ha animado a los miembros del panel a que ofrecieran una descripción más pormenorizada de sus opiniones, especialmente cuando éstas eran considerablemente diferentes respecto a la mediana del grupo.

Definición de consenso

Con frecuencia se ha notado que a menudo los investigadores no especifican lo que quieren decir con el término consenso (Dempsey, et al., 2001; Hanson, et al., 2000; y Williams y Webb, 1994), algo que se considera una debilidad. Es más cuando se especifica el consenso de forma cuantitativa el nivel establecido puede variar considerablemente. El Oxford English On-line Dictionary define consenso como 'acuerdo general'. Keeney, et al., (2006) en su revisión de la técnica Delphi resaltan que los estudios de investigación habían interpretado el grado de acuerdo como cualquier cosa entre el 51% y el 100% y, aunque afirmaran que podría ser importante contar con un porcentaje mayor, si la decisión provocaba resultados de vida o muerte no se ofrecía ninguna argumentación para determinar un porcentaje específico.

Como aquí se trata de una Política Delphi el asunto fundamental no es el grado de acuerdo de por sí sino comprender las cuestiones subyacentes al acuerdo o al desacuerdo. Sobre esta base, cabe argumentar que es necesario establecer un porcentaje que estimule la exploración de los motivos subyacentes. En el mundo occidental hay numerosas organizaciones que utilizan un conjunto de reglas de debate conocidas como 'Reglas de Robert' (Robert's Rules Association, 2011). En este esquema cualquier cambio político o constitucional ha de contar con al menos una mayoría de dos tercios para ser aprobado.

En este sentido, como este nivel se encuentra en el rango que va desde el 51 hasta el 100%, se utilizará el 67% como medición para indicar consenso en este estudio

Además de establecer un umbral porcentual tanto Rayens como Hahn (2000) y Raskin (1994) han argumentado que al utilizar una escala Likert de cuatro puntos, se puede usar un rango intercuartil de 1 o menos junto con un porcentaje acordado para determinar el consenso. Por consiguiente, en esta investigación se utilizará un umbral del 67% y un rango intercuartil de 1 o menos para indicar que se ha alcanzado el consenso.

TRIANGULACIÓN

Wesley (2009) argumenta que cuando se analizan datos cualitativos el investigador debe aplicar el mismo grado de rigor que cuando afronta mediciones cuantitativas. Para potenciar la fiabilidad y precisión del estudio, el investigador ha utilizado dos planteamientos analíticos distintos respecto a los datos cualitativos (método de triangulación Grix, 2001), comparación constante y recuento de palabras. Mouton (2001) señala que cuando el investigador utiliza la triangulación puede superar las deficiencias que podrían derivarse de un planteamiento único.

En primer lugar, en los datos del análisis documental se ha empleado un método de triangulación aplicando tanto una comparación constante como técnicas de recuento de palabras (Grix, 2001). NVIVO 9 es especialmente adecuado para realizar este tipo de análisis porque la función de recuento de palabras está integrada en el software y permite no solo la determinación de los términos utilizados frecuentemente sino también su ubicación tanto en los documentos como en relación con otros términos. En segundo lugar, dejar el análisis original de lado y comenzar la codificación de los documentos desde el principio también ha permitido probar la fiabilidad del análisis, lo cual ha consentido comparar y contrastar las dos versiones. Aunque este planteamiento no proporciona resultados idénticos sí que ha generado una codificación bastante similar sin grandes diferencias.

La triangulación de por sí no basta para garantizar la fiabilidad y precisión del análisis (Lincoln y Guba, 1985). Para alcanzar los importantes objetivos de fiabilidad y precisión se han seguido una serie de pasos predefinidos:

- Ser explícitos en el proceso utilizado para la interpretación de los datos.
- Proporcionar acceso a los datos fuente.

En relación con el primer paso, ser explícitos en el proceso utilizado, Tashakkori y Teddie (2003) ofrecen una serie de propuestas dirigidas a lograr que el proceso de interpretación sea más transparente. En primer lugar, aumentando y haciendo objetiva la aparición de cualquier tema mediante referencias a la literatura existente sobre la materia así como indicando la frecuencia con la que el tema aparece en el texto. En este sentido,

se compararon los resultados del análisis de la legislación y se contrastaron con la legislación existente y con la estructura de las leyes modelo de enfermería ya disponibles.

En segundo lugar, los temas identificados en una fuente de datos, como el análisis documental, pueden ser, gracias al diseño de esta investigación, ‘comprobados por los miembros’ recurriendo a los informadores clave durante la fase Delphi del estudio. Este proceso ayuda a comprobar la precisión de los descubrimientos. En este caso, las dimensiones clave asociadas a los órganos reguladores de alto desempeño se introdujeron de nuevo en el marco generado durante el análisis documental. Sin embargo, Morse et al. (2002) advierten que este proceso quizá no permita alcanzar consenso siempre puesto que quizá haya más de una interpretación de los datos y, por consiguiente, un estudio diligente de las diferencias puede, en lugar restarle valor al análisis, aumentar la autenticidad a medida que el investigador intenta examinar estas perspectivas divergentes.

Otra propuesta para mejorar la fiabilidad y la precisión se encuentra en el planteamiento mediante el cual la investigación debe intentar sumergirse en los datos para garantizar ‘una intensa exposición y la realización de un marco sólido’ (King et al., 1993; Patton, 2002). El uso de la herramienta NVIVO ha facilitado la realización de análisis múltiples y el uso de datos en bruto y codificados. A menudo se tomaron notas durante el análisis de los datos documentales incluso en forma de diario de reflexiones a medida que se fueron realizando las distintas fases del estudio Delphi. El uso de notas se presta a una posterior auditoria (Morse y Richards, 2002; Saldana, 2009; Bazeley, 2010).

Se introdujeron estos procesos múltiples y sistemáticos para mejorar la elaboración de descripciones fiables, precisas y sólidas que ofrezcan una interpretación convincente de los datos (Morse y Richards, 2002).

APROBACIÓN ÉTICA E INSTITUCIONAL

Antes de realizar la investigación se ha buscado y obtenido la aprobación ética del Comité de Ética de la Universidad Complutense. Asimismo, se ha obtenido el consentimiento informado de cada panelista. Se ha mantenido la confidencialidad de las respuestas asignando un código de identidad único que se ha utilizado a lo largo de todo el estudio para etiquetar todos los datos y se ha eliminado cualquier información que pudiera identificar a los panelistas. La clave de los códigos de identidad se ha mantenido separada de los datos.

LIMITACIONES

En la fase cuantitativa del estudio Delphi de tres rondas existía el riesgo de error de no respuesta, es decir, una distorsión en los resultados a causa de diferencias entre quienes han participado y quienes han respondido en los varios ciclos de recopilación de datos (Dillman, 2000). Sin embargo, al contrastar las respuestas recibidas con la muestra total

de población considerando las variables clave y utilizando el Test de Asociación de Chi Cuadrado fue posible determinar que los riesgos de este tipo de error eran mínimos.

Por necesidad, en el presente estudio ha habido que limitar el número de ejemplos de jurisdicciones que ha servido para analizar los distintos modelos. Esto ha significado que en algunos casos solo había un número de ejemplos codificado con los nodos. Por ello ha sido difícil examinar en profundidad las diferencias en el análisis del abanico completo de atributos especialmente en las categorías de desarrollo socio-económico puesto que en los países de menor renta a menudo no hay sistemas regulatorios o éstos se encuentran en una fase embrional de desarrollo. Esta brecha ha limitado la profundidad del análisis exploratorio.

A causa de la naturaleza de la investigación cualitativa, los datos obtenidos en la fase de análisis documental del estudio pueden estar sujetos a diferentes interpretaciones de los distintos lectores. En consecuencia, es necesario considerar los descubrimientos con cierta cautela. Para reducir este riesgo, además del material revisado por los supervisores de la tesis, el panel de expertos también ha tenido la posibilidad de comentar el material a medida que éste se iba desarrollando.

Debido a la naturaleza interpretativa de la investigación cualitativa, el investigador podría introducir un sesgo en el análisis de los descubrimientos. Es importante tener en cuenta que el investigador ha ocupado altos cargos como líder enfermero y cargos políticos en una serie de organizaciones cubriendo así distintas perspectivas como por ejemplo: director de enfermería de una universidad que imparte enseñanzas sobre el sistema sanitario, director ejecutivo de un órgano regulador de enfermería, director de enfermería regional del gobierno (funcionario), director de enfermería de una autoridad metropolitana y consultor enfermero internacional sobre regulación y formación. Se espera que estas distintas experiencias contribuyan a salvaguardar la posibilidad de un punto de vista único y sesgado. Sin embargo, se han documentado y revisado las memorias y la reflexión sobre el proceso, así como el contenido de la investigación, en busca de cualquier posible sesgo.

Cabe destacar que aunque el cuestionario utilizado en el estudio Delphi estaba a disposición tanto en inglés como en español no todos los encuestados tenían uno de estos idiomas como lengua materna. En consecuencia, es importante reconocer que los resultados son producto de las respuestas de personas que podrían haber malinterpretado la pregunta. Sin embargo, la idea era que la revisión de los cuestionarios por parte del panel de expertos reducido ayudara aclarar y simplificar el lenguaje utilizado.

Por último, la metodología de la política Delphi no requiere que todos los encuestados respondan a cada ciclo del estudio o ni siquiera a todas las preguntas contenidas en una única herramienta. Esto ha provocado la pérdida de algunos datos aunque el nivel de información perdida es considerablemente bajo.



CAPÍTULO 4 RESULTADOS

DESCRIPCIÓN DEL CONTENIDO DE LA SECCIÓN DE RESULTADOS

La presente sección proporciona detalles sobre el análisis documental de la muestra estratificada aleatoria de legislación y los resultados del estudio Delphi, que se exponen secuencialmente en dos partes.

La primera parte de la sección de resultados aborda los tres primeros objetivos establecidos en la sección de Hipótesis y Objetivos:

- Analizar el contexto socio-económico, demográfico de los sistemas de salud de una muestra estratificada aleatoria de jurisdicciones.
- Desarrollar un léxico de términos clave utilizados en una muestra estratificada aleatoria de legislación de distintas jurisdicciones.
- Realizar una crítica de las características fundamentales de la actual legislación enfermera asociadas a los distintos modelos de regulación profesional.

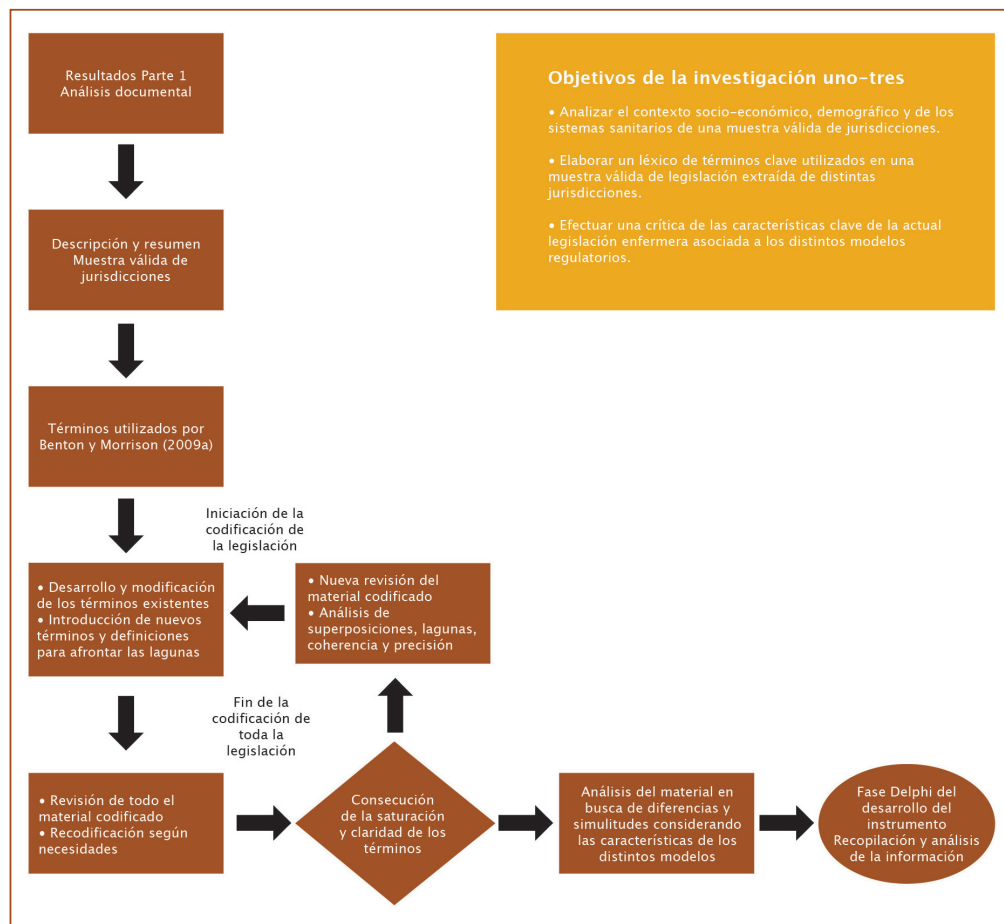
La Figura 8 contiene un resumen de alto nivel sobre el planteamiento seguido para abordar los objetivos.

La primera parte, basada en el análisis documental, comienza abordando la información básica contextual sobre cada una de las jurisdicciones elegidas. Dicha información resalta los datos jurídicos, demográficos, económicos, profesionales y socio-políticos.

Seguidamente, se presenta el marco completo de contenido legislativo y un léxico con los términos asociados descritos. A continuación se analiza el marco considerando los atributos clave (Regiones Geográficas, Tradiciones Jurídicas, Planteamientos Administrativos, Modelos Regulatorios y Situación Económica).

La sección de resultados pasa después a la segunda parte, que expone los descubrimientos del estudio Delphi de tres rondas que abordan el resto de objetivos establecidos para este estudio.

Figura 8. Resumen del proceso utilizado para generar la Parte 1 (Análisis documental) de los resultados relativos a los objetivos de la investigación 1-3



MUESTRA ESTRATIFICADA ALEATORIA DE JURISDICCIONES PARA EL ANÁLISIS DOCUMENTAL

Las jurisdicciones han sido seleccionadas para cubrir un abanico de ejemplos lo más amplio posible tanto del continuum de modelos regulatorios como de los planteamientos a la hora de implantar la legislación.

Asimismo, las jurisdicciones provienen de todo el mundo y representan distintos niveles de desarrollo económico así como diversas tradiciones jurídicas de proveniencia.

Estas dimensiones sobre principios, continuum de modelos regulatorios, planteamientos respecto a la implantación de la legislación, geografía, niveles de desarrollo económico y distintas tradiciones jurídicas se utilizan para explorar, comparar y contrastar los temas identificados durante el análisis documental.

Todos los datos demográficos, sociales y económicos se han recopilado de la actual edición del CIA World Fact book (<https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/> Accessed 14/03/2013) y de los perfiles nacionales de la Organización Mundial de la Salud (<http://www.who.int> Accessed 14/03/2013) o, en el caso de jurisdicciones subnacionales, en las páginas web estatales oficiales.

Australia

Australia es el continente más pequeño y se encuentra en el Pacífico Sur (Figura 9). Cuenta con una población de aproximadamente 22 millones de personas, una esperanza de vida de 81.81 años y una edad media de 37,7 años. Solo el 1% de la población es aborigen, con un 92% de blancos y un 7% de asiáticos.

Australia es una democracia parlamentaria federal y un reino de la Commonwealth que cuenta con seis estados y dos territorios. Australia utiliza un sistema de derecho consuetudinario basado en el modelo inglés. Es un país de renta elevada y tiene una amplia riqueza mineral a la par que es el mayor exportador neto de carbón al representar el 29% de las exportaciones mundiales.



Figura 9. Mapa y bandera de Australia

El gasto sanitario representa el 8,5% del PIB. El sistema sanitario es una combinación entre privado y público pero este último componente es predominante.

Ha habido un cambio significativo en el sistema regulatorio de las profesiones sanitarias y se ha pasado de un conjunto de leyes paralelas estatales independientes a un acuerdo federal multidisciplinar aplicado mediante una ley modelo en todas las jurisdicciones con una junta federal para cada disciplina y servicios compartidos a nivel estatal.

Brasil – República Federal de Brasil

Al cubrir una porción sustancial de Sudamérica, Brasil tanto tiene el océano Atlántico Norte como el Atlántico Sur al este y otros diez países latinoamericanos limítrofes al norte y al oeste. (Figure 10). La población de Brasil es de 203 millones de habitantes, su esperanza de vida es de 72,53 y la edad media es de 29,3 años.

La República Federal de Brasil tiene 26 estados y cuenta con un sistema jurídico de derecho civil que se rige por el código civil de Brasil en vigor desde 2002. Brasil está considerada una economía media alta y sus sectores de la agricultura, minería, manufacturero y servicios están bien desarrollados.

El gasto sanitario representa el 7,9% del PIB. Brasil ha progresado rápidamente en la mejora del acceso a los servicios en atención primaria. Los servicios de los sectores secundario y terciario utilizan un modelo mixto público y privado.

Hay poco más de 186.000 enfermeras en el registro federal de enfermeras, que están reguladas mediante un modelo basado en la división supervisada de poderes establecido en 1973. Los poderes están divididos entre el Consejo Federal y 26 colegios regionales.



Figura 10. Mapa y bandera de Brasil

Etiopía

Se encuentra en el este de África y al oeste de Eritrea y Somalia. El país no tiene salida al mar a causa de la anexión de lo que ahora es Eritrea (Figura 11). Etiopía tiene una población de aproximadamente 91 millones de habitantes, una esperanza de vida de 56,19 años, una edad media de solo 16,8 años y es el país cuya independencia data de más tiempo en África.

Etiopía es una república democrática federal, tiene nueve estados basados en etnias y dos administraciones autogobernadas. Asimismo, dispone de un sistema jurídico que se basa en el derecho civil. Etiopía es un país de renta baja y dispone de pequeñas reservas de oro, platino, cobre, potasa y gas natural, y genera energía hidráulica.



Figura 11. Mapa y bandera de Etiopía

El gasto sanitario es muy bajo y representa únicamente el 3,6% del PIB. La Atención sanitaria se presta en forma de servicios basados en el sector público, la religión y las ayudas. Etiopía soporta una pesada carga de enfermedades atribuida fundamentalmente a las enfermedades infecciosas contagiosas y las deficiencias nutricionales.

El modelo regulatorio es de auto-regulación supervisada con una junta única paraguas multidisciplinar. Se estableció en 2002.

India – República de la India

La India es la segunda nación más poblada del mundo y domina el continente sur asiático con el mar de Arabia al oeste, la bahía de Bengala al este y una geografía compleja de fronteras al norte (Figura 12). La India tiene una población de 1.190 millones de habitantes, una esperanza de vida de 66,8 y una edad media de 26,2 años.

La República de la India tiene 28 estados y 7 territorios, así como un sistema jurídico basado en el derecho consuetudinario modelado sobre el sistema inglés pero con códigos jurídicos personales separados que se aplican a los musulmanes, cristianos e hindúes. La India tiene una economía de renta baja-media y su sector servicios se encuentra en rápido desarrollo al igual que el sector más tradicional de la agricultura.

El gasto sanitario representa el 4,2% del PIB. Los sistemas sanitarios son distintos y fundamentalmente son responsabilidad de los estados y los territorios pero el sector privado es amplio y su regulación es escasa. La Ley del Consejo de Enfermería no contempla un registro federal *vivo* (1947) así que no se sabe cuántas enfermeras hay en la India. Éstas están reguladas mediante un modelo delegado auto-regulado de división de poderes. Los poderes se encuentran a nivel estatal y varían de un estado a otro.



Figura 12. Mapa y bandera de la India

Irán – República Islámica de Irán

Se encuentra en Oriente Medio y limita con el mar Caspio al norte y los golfos de Persia y Omán al sur. Turkmenistán, Afganistán y Pakistán se encuentran al este. Armenia y Azerbaiyán al noroeste e Irak al oeste (Figura 13). Irán se transformó en una República Islámica en 1979.

Irán tiene un sistema teocrático de gobierno en el que la autoridad política última se encuentra en el estudioso religioso erudito al que se hace referencia como el Líder Supremo. Irán tiene una población de 78 millones de habitantes, una esperanza de vida de 70,06 años y una edad media de 26,8 años. El 98% de la población es musulmana. El sistema jurídico es islámico basado en la ley Sharia. Irán es un país de renta media-alta que dispone de petróleo, gas natural y recursos minerales.



Figura 13. Mapa y bandera de Irán

El gasto sanitario representa el 4,2% del PIB. Los iraníes reciben cuidados básicos de salud y tienen acceso a fármacos sujetos a prescripción e inmunización subvencionados. Existe una red de clínicas públicas que ofrecen cuidados a bajo coste. Los hospitales generales y de especialidades los gestiona el ministerio de Sanidad y Educación Médica. Hay más de 91.000 enfermeras en Irán reguladas mediante la Organización Iraní de Enfermeras a través de un modelo descentralizado de órgano auto-regulador establecido en 2002.

A map of Jamaica with its major cities and towns labeled: Negril, Savanna-la-Mar, Montego Bay, Port Antonio, Saint Ann's Bay, Port of Spain, Ocho Rios, Linseed, Spanish Town, Kingston (marked with a star), Portmore, May Pen, Port Antonio, Black River, Mandeville, Port Kaituma, Port Esquivel, Portland, Port Antonio, Blue Mountain Peak, Morant Bay, and Rocky Point. The map also shows the Caribbean Sea to the north and the Atlantic Ocean to the west. A Jamaican flag is visible in the bottom left corner.

Jamaica tiene una población de 2,8 millones de habitantes, una esperanza de vida de 73,45 años y una edad media de 24,2 años. La mayoría de la población es cristiana, con un 62,5% protestante.

Jamaica fue uno de los primeros países del mundo en establecer un sistema nacional de salud y dedica el 5,1% de su PIB a la Sanidad.

Hay aproximadamente 4.300 enfermeras en la isla que están reguladas a través de un modelo descentralizado auto-regulado mediante el Consejo de Enfermería establecido como resultado de la Ley de Enfermeras y Matronas de 1966. Jamaica forma parte de la comunidad del CARICOM, que ha desarrollado algunos marcos comunes dirigidos a facilitar la movilidad de las enfermeras.

Jordania – El Reino Hachemita de Jordania

Ubicado en Oriente Medio con Siria al norte, Irak al noroeste, Arabia Saudí al sur y al este e Israel al oeste, Jordania es fundamentalmente un desierto árido sin salida al mar, con solo 26 km de línea de costa en el mar de Arabia (Figura 15). Es una monarquía constitucional con una población de 6.5 millones de habitantes.

La esperanza de vida en Jordania es de 80,05 años y la edad media de la población es de 22,1 años. La mayoría de la población está formada por musulmanes suníes (92%) y el 6% son cristianos. El sistema jurídico es un modelo mixto de derecho civil y ley religiosa islámica.

Jordania está considerada una economía de renta media-alta, tiene pocos recursos naturales y escasas fuentes de agua dulce. Su gasto sanitario representa el 9,3% del PIB. El sistema sanitario ofrece inmunización infantil universal y se basa en una amalgama de proveedores públicos, privados y donantes. Hay más de 16.000 enfermeras en el país.

Jordania utiliza un modelo auto-regulado delegado para su Consejo de Enfermería y la actual legislación entró en vigor en 2006.



Figura 15. Mapa y bandera de Jordania

Karnataka – Estado de la India

Karnataka se encuentra entre 74° y 78° de longitud este y 11° y 18° de latitud norte. Está rodeado por Maharashtra y Goa al norte, Andhra Pradesh al este, y Tamil Nadu y Kerala al sur. Al oeste, se abre hacia el Mar de Arabia (Figura 16).

La población del estado de Karnataka es de 59 millones de habitantes y la esperanza de vida es de 65,8 años. El gasto sanitario per cápita en Karnataka es ligeramente superior al de la media india. Asimismo, este estado tiene un número algo inferior de personas que viven por debajo de la línea de la pobreza respecto a la media india.

El sistema sanitario ha visto un crecimiento significativo en los servicios de atención primaria en los últimos 20 años y, al igual que en el resto de la India, hay una prestación significativa de servicios privados y los servicios públicos están dirigidos a los pobres y ofrecen prestaciones básicas como inmunización.

Las enfermeras están reguladas por el Consejo Estatal de Enfermería de Karnataka establecido de conformidad con la Ley de Enfermeras, Matronas y Visitantes Sanitarios de Karnataka de 1966 utilizando un modelo auto-regulado de autoridad delegada.

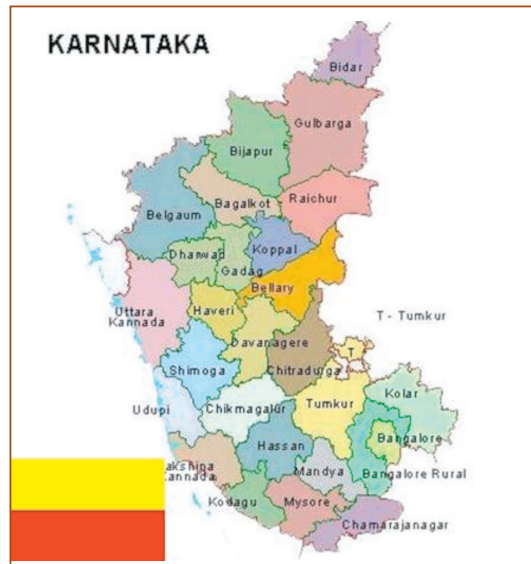


Figura 16. Mapa y bandera del estado de Karnataka, India

Nueva Brunswick – Provincia de Canadá

Nueva Brunswick es una provincia bilingüe del este de Canadá adyacente a la frontera americana y la provincia canadiense de Nueva Escocia, la Isla del Príncipe Eduardo y Quebec (Figura 17). Tiene una población de más de 730.000.

La salud de la población es muy similar a la de las demás provincias de Canadá y los servicios se prestan mediante una combinación de proveedores públicos y privados.

Canadá es una monarquía constitucional federal. De conformidad con el marco constitucional, la autoridad legislativa sobre la regulación de las profesiones sanitarias incumbe a los gobiernos provinciales según la sección 92 (13) de la Ley de Constitución de 1867. El sistema jurídico se basa en el derecho consuetudinario.

La Asociación de Enfermeras de Nueva Brunswick se estableció utilizando un modelo auto-regulado casi puro a través de la Ley de Enfermeras de 1984, que se ha actualizado en varias ocasiones. Hay casi 9.000 enfermeras colegiadas en Nueva Brunswick.



Figura 17. Mapa y bandera de Nueva Brunswick, Canadá

Nueva Zelanda

Formada por dos grandes islas y muchas otras más pequeñas, Nueva Zelanda se encuentra en el Océano Pacífico Sur al sureste de Australia (Figura 18). La población de Nueva Zelanda es de 4,3 millones de habitantes y el 90% de la misma vive en ciudades. La esperanza de vida en Nueva Zelanda es de 80,59 años y la edad media de la población es de 37 años.

Nueva Zelanda es una democracia parlamentaria y un reino de la Commonwealth. Tiene un sistema de derecho consuetudinario basado en el modelo inglés, con legislación y tribunales especiales para los maoríes.

Nueva Zelanda se considera que tiene renta alta a la par que dispone de gas natural y varios yacimientos minerales. Asimismo, dispone de un sistema nacional de salud integral público y de un sector privado relativamente pequeño.

Nueva Zelanda tiene un modelo de regulación paraguas multidisciplinar con juntas individuales gestionado por el Consejo de Enfermería de conformidad con lo establecido en la Ley de Garantía de Competencia de los Profesionales Sanitarios de 2003.



Figura 18. Mapa y bandera de Nueva Zelanda

Noruega

Situado en Europa del Norte, Noruega tiene una larga línea costera al oeste que da al Mar del Norte y al Océano Atlántico Norte. Al este linda con Suecia, al noreste con Finlandia y Rusia y atravesando el Skagerrak se encuentra la Dinamarca continental al Sur (Figura 19). Noruega es una monarquía constitucional hereditaria con una población de 4,7 millones de habitantes.

La esperanza de vida en Noruega es de 80,2 años y la edad media de la población es de 40 años. El 94,4% de la población es autóctona. Noruega tiene un sistema jurídico mixto basado en el derecho civil, consuetudinario y tradicional. Asimismo, dispone de un tribunal supremo con capacidad para asesorar en materia de actos legislativos.

Noruega está considerada una economía de renta alta a la par que dispone de importantes recursos naturales como petróleo, gas natural, minerales y una amplia industria pesquera. Su gasto sanitario representa el 9,6% del PIB. El sistema sanitario es integral y se financia a través de los impuestos centrales y locales así como mediante un sistema de seguros para empleadores y empleados. Hay más de 67.000 enfermeras en el país. Noruega tiene un modelo de regulación profesional estatal paraguas gestionado por el ministerio de Sanidad. La legislación de 1999 se modificó en 2002.



Figura 19. Mapa y bandera de Noruega

Ruanda

Situado en África Central, limita al este con la República Democrática del Congo, al oeste de Tanzania y con Uganda al norte y Burundi al Sur (Figura 20). En Ruanda hay un exceso de población de 11 millones y la esperanza de vida es de 58,02 años. La edad media es de 18,7 años.

La República de Ruanda es una democracia multipartidista que está formada por cuatro provincias. Ruanda tiene un sistema mixto de derecho civil y tradicional. El sistema civil está basado tanto en el modelo alemán como en el belga.

El sistema sanitario está basado en un modelo mixto de proveedores públicos, privados, religiosos y cooperantes y el gasto sanitario representa el 9% del PIB. El gobierno ha progresado rápidamente en cuanto a la prestación de un paquete mínimo de cuidados.

Ruanda ha establecido más bien recientemente un modelo supervisado y auto-regulado de junta única de regulación profesional enfermera (2008). En la actualidad, el gobierno está incrementando el nivel de las escuelas de enfermería y se está pasando del francés al inglés como medio de educación.



Figura 20. Mapa y bandera de Ruanda

España

España abarca la mayor parte de la península ibérica y linda con Francia al norte y con Portugal al oeste. Tiene acceso tanto al mar Mediterráneo al este como al océano Atlántico al norte y al oeste. (Figura 21).

La población de España es de 46,7 millones de habitantes.

La esperanza de vida es de 81,17 años y la edad media de la población es de 40,5 años. España es una monarquía parlamentaria formada por 17 comunidades autónomas con distintos grados de autonomía política. El sistema jurídico está basado en un modelo de derecho civil. España está considerada una economía de renta alta a pesar de que, como resultado de la crisis financiera de 2008, el nivel de desempleo juvenil, en particular, es particularmente alto y la estabilidad continuada de la economía es objeto de considerable debate.

La asistencia sanitaria se presta mediante una combinación de proveedores, estatales, religiosos y privados. La enfermería goza de una larga tradición de regulación que data de 1568, año de la fundación de los Enfermeros Obregones por parte de Bernardino de Obregón. Hoy día, España tiene un modelo auto-regulado delegado, a través del Consejo General de Enfermería de España, que es autónomo y cuyos poderes emanan de distintas leyes y decretos incluida la Ley de Colegios Profesionales (Ley nº 2/1974) y el Decreto Real 1231 aprobado en 2001.



Figura 21. Mapa y bandera de España

Taiwán

Taiwán se encuentra al este de la costa de China y tiene los estrechos de Taiwán al oeste, el mar del Este de China al norte, el mar del Sur de China al sur y el Mar de Filipinas al oeste (Figura 22). La población de Taiwán es ligeramente superior a los 23 millones de habitantes, la esperanza de vida es de 78,32 años y la edad media es de 37,6 años.

Taiwán es una democracia multipartidista y su sistema jurídico se basa en el derecho civil. Es un país de renta alta y su economía se basa en las exportaciones de electrónica y maquinaria.

Se ha progresado significativamente en la prestación de servicios de salud estatales a los ciudadanos a través del Programa Nacional de Seguros de Salud que cubre a toda la población y cuyos costes se comparten entre el asegurado, los empleadores y el gobierno.

La enfermería está regulada mediante un modelo gubernamental a través del ministerio de Educación en relación con la acreditación de programas y el ministerio de Sanidad en relación con la colegiación de enfermeras a través de la Ley de Enfermeras de 1991.



Figura 22. Mapa y bandera de Taiwán

Muestra estratificada aleatoria de jurisdicciones y dimensiones clave asociadas**Tabla 17. Resumen de la dimensión clave para la muestra estratificada aleatoria de jurisdicciones**

Jurisdicción	Región geográfica	Tradición jurídica	Planteamiento administrativo	Modelo regulatorio	Situación económica
Australia	Pacífico Sur	Derecho consuetudinario	Multi-D con Juntas individuales y servicios compartidos	Auto-regulación supervisada	Alta
Brasil	América del Sur	Derecho civil	División de poderes	Auto-regulación supervisada	Media-alta
Etiopía	África	Derecho civil	Paraguas de Junta Única multi-d	Auto-regulación supervisada	Baja
India	Asia	Derecho consuetudinario	División de poderes	Auto-regulación delegada	Media-baja
Irán	Oriente medio	Ley islámica	Junta única	Auto-regulación delegada	Media-alta
Jamaica	Caribe	Derecho consuetudinario		Auto-regulación delegada	Media-baja
Jordania	Oriente medio	Mixto consuetudinario-islámico	Junta única	Auto-regulación delegada	Media-alta
Karnataka	Asia	Derecho consuetudinario	División de poderes	Auto-regulación delegada	Media-alta
Nueva Brunswick	América del Norte	Derecho consuetudinario	Junta única	Auto-regulación pura	Alta
Nueva Zelanda	Pacífico Sur	Derecho consuetudinario	Multi-D con Juntas individuales	Auto-regulación supervisada	Alta
Noruega	Europa	Mixto civil-consuetudinario	Unidad regulatoria	Gubernamental	Alta
Ruanda	África	Mixto civil-consuetudinario	Junta única	Auto-regulación supervisada	Baja
España	Europa	Derecho civil	Junta única	Auto-regulación delegada	Alta
Taiwán	Asia	Derecho civil	Unidad reguladora	Gubernamental	Alta

La Tabla 17 contiene un resumen de la relación que guarda cada una de las jurisdicciones elegidas con las dimensiones clave. Se ha limitado el número total de jurisdicciones analizadas a una cifra manejable ofreciendo al mismo tiempo la máxima cobertura de las distintas dimensiones con el fin de cumplir con los requisitos de la Política Delphi. Cabe destacar que en relación con el modelo regulatorio no es posible cubrir la “no regulación” puesto que por defecto es necesario que exista algún tipo de modelo para poder obtener los datos documentales necesarios (ley, acta/decreto). Todas las demás dimensiones están cubiertas a través de al menos un ejemplo de las distintas opciones gracias a la muestra estratificada aleatoria.

MARCO COMPARATIVO COMPLETO

Análisis inicial de la muestra estratificada aleatoria de legislación enfermera utilizada en los temas derivados de estudios anteriores en materia de legislación realizado por Benton y Morrison (2009b). Los temas utilizados por Benton y Morrison (2009b) en su análisis de la legislación se basaban en la estructura general del ‘Modelo de Ley Enfermera’ publicado por el Consejo Internacional de Enfermeras (2007b) y guiado por un grupo consultivo de expertos que recomendaron restringir el número de temas a los que fuera más probable que estuvieran presentes en la legislación de numerosas jurisdicciones. El estudio de Benton y Morrison (2009b) por lo tanto no intentó, al contrario que esta investigación, ofrecer un marco comparativo completo basado en un análisis detallado de una muestra de legislación variada.

Gibbs (2002) describe el planteamiento inicial relativo a la codificación utilizada en este estudio, basándose en un modelo existente como un concepto guiado o la generación deductiva de nodos. La Figura 23 contiene una representación esquemática del mapa inicial basado en los temas adoptados por Benton y Morrison (2009b).

Al comenzar con el concepto de codificación guiada, aparecieron rápidamente las limitaciones de este mapa inicial y los nodos asociados tal y como se indica en la memoria metodológica reflexiva representada en la Figura 24.

Figura 23. Representación esquemática de los nodos iniciales del análisis comparativo de Benton y Morrison 2009b

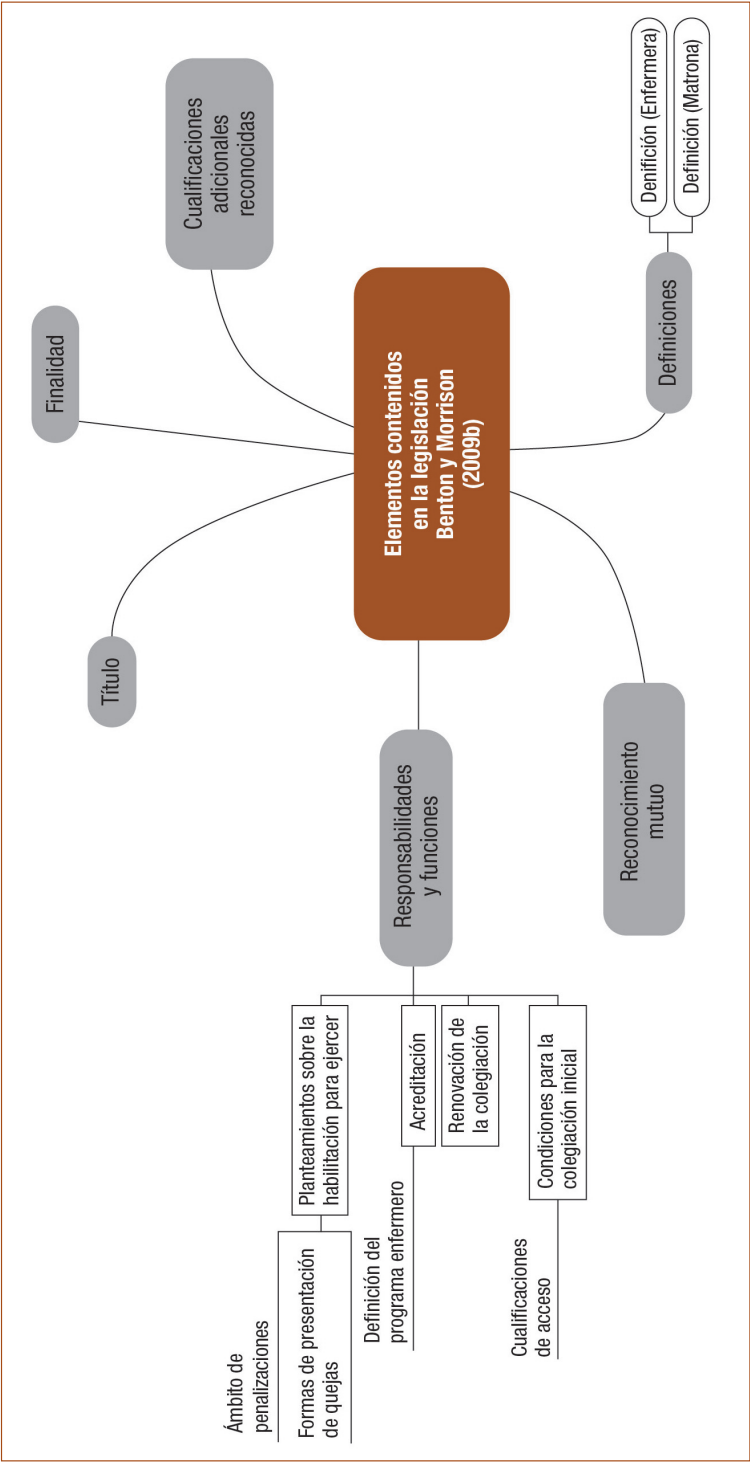


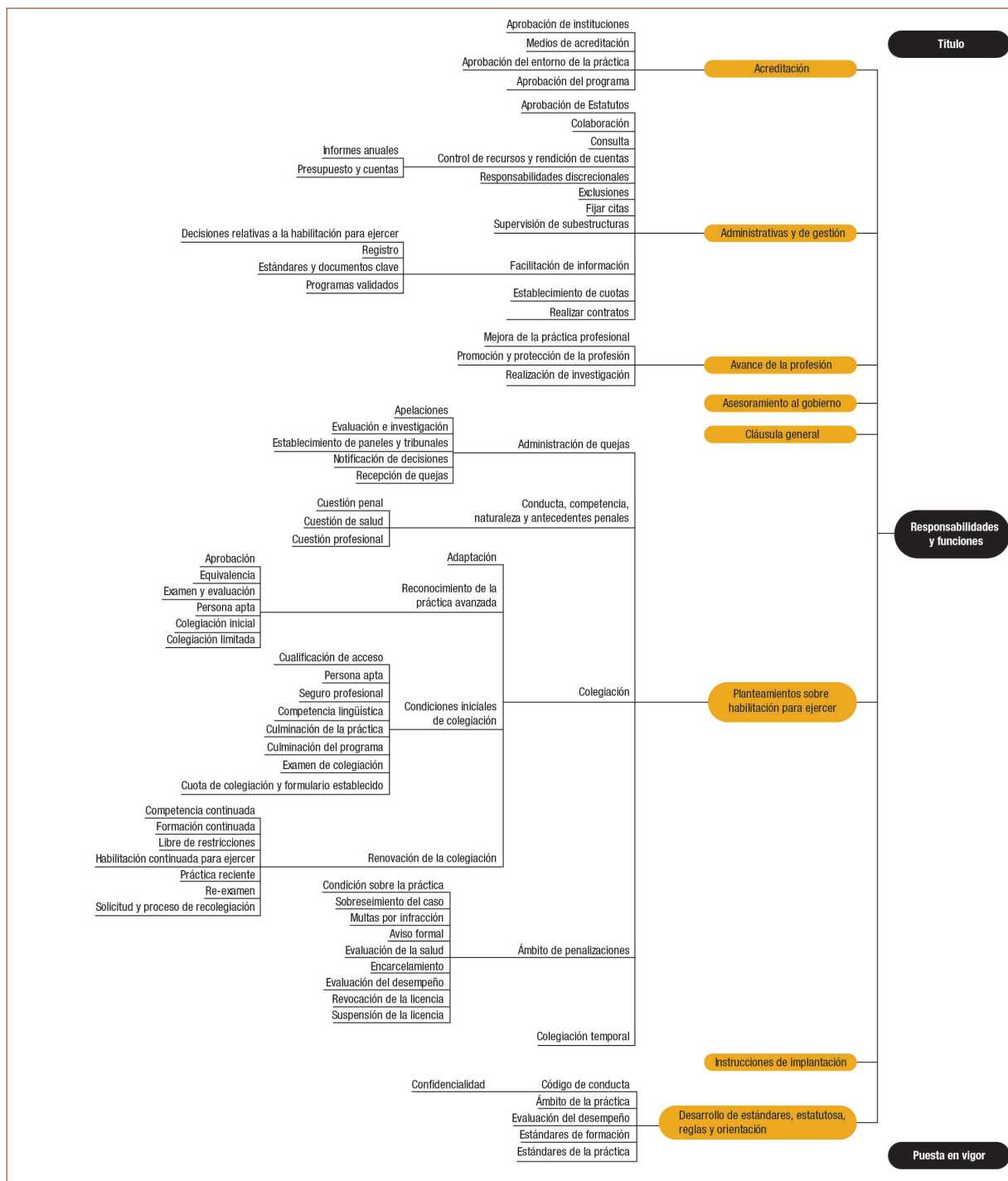
Figura 24. Extracto de las memorias metodológicas generadas durante el análisis cualitativo de material fuente.

Resulta muy obvio, tras realizar una lectura inicial de todo el material fuente, que la actual lista de temas es demasiado restrictiva como para codificar adecuadamente el contenido rico y diverso presente en la legislación. Para tener un marco de temas completo se deberá ampliar considerablemente la actual lista de nodos y afinarse en algunos casos

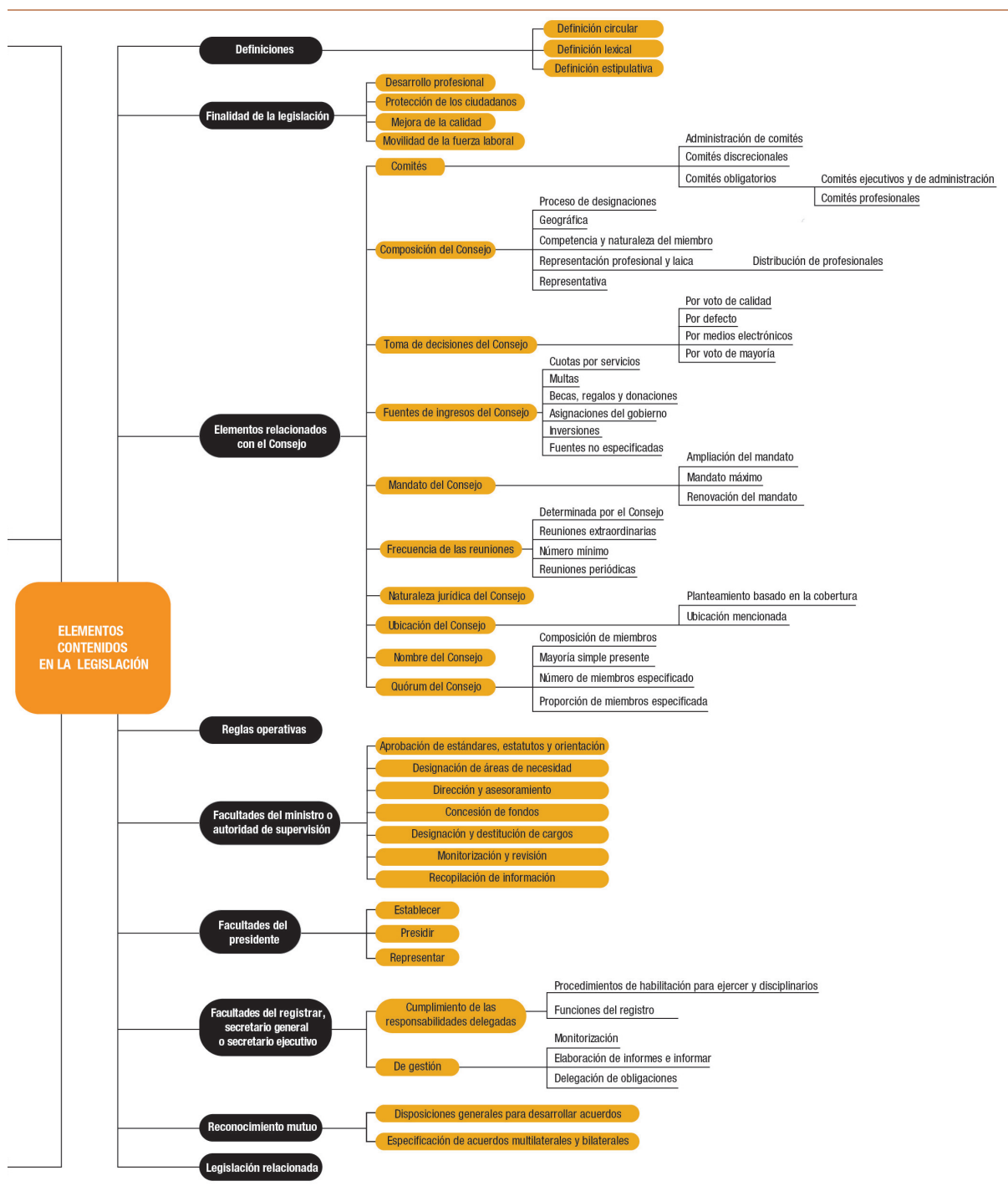
Benton D, 12 de Febrero de 2012

De este modo, se introduce la codificación en función de los datos. Al realizar el análisis, la estructura y el número de nodos evolucionó y aumentó considerablemente como resultado de utilizar los datos guiados o el planteamiento de codificación inductiva según la descripción de Tesch (1990) y Patton (2002).

Figura 25. Representación esquemática de nodos generados a través de la codificación



guía de los datos de las fuentes de material para describir el marco comparativo completo



Con el fin de incrementar la fiabilidad de la codificación, se realizaron una serie de ciclos de codificación (Fereday y Muir-Cochrane, 2006). Se revisó el material fuente en varias ocasiones y, en cada ciclo, el investigador intentó identificar superposiciones y vacíos. Cada vez que descubría un vacío o una superposición, el investigador volvía a la definición del nodo y, si era adecuado, realizaba los ajustes necesarios para permitir que el material sin codificar se pudiera colocar en el nodo redefinido. Cuando la codificación no era posible, se generaba un nuevo nodo. Este planteamiento sistemático y basado en los datos desembocó en última instancia en la Figura 25 con una representación esquemática de los nodos que surgían como resultado de los ciclos de codificación y recodificación utilizando el planteamiento basado en los datos. Cabe destacar que este mapa es mucho más completo que el mapa basado en el concepto inicial que se utilizó en el trabajo de Benton y Morrison (2009b).

NODOS EN EL MARCO COMPLETO – LÉXICO DE TÉRMINOS

El Anexo 8 contiene una copia completa de los nodos y descripciones asociadas. La Tabla 18 ofrece un ejemplo ilustrativo de un nodo de primer nivel (tema) en función del marco completo desarrollado ilustrado en la Figura 25. Un nodo de inferior segundo, tercero y posteriores de nodos son los hijos y los nietos del nodo de primer nivel y representan más subtemas más específicos respecto a la descripción de orden superior.

Todas las descripciones facilitadas (el Anexo 8 contiene la lista completa) se han desarrollado como resultado del proceso cíclico de codificación. En algunos casos ya existía una definición precisa del nodo/tema en trabajos publicados y por tanto se cita la fuente de la definición utilizando las convenciones establecidas.

Nombre Descripción del nodo (Tema) Reconocimiento mutuo Proporciona detalles sobre cómo las enfermeras que tienen una cualificación obtenida fuera de la jurisdicción se pueden colegiar y asegurarse el derecho a ejercer en la jurisdicción cubierta por la ley. El acuerdo puede ser específico cuando se nombra la segunda jurisdicción o grupo de jurisdicciones o puede ser de carácter general cuando se describe un proceso.

Tabla 18. Ejemplo ilustrativo de nombre y descripción asociados a un nodo

Nombre	Descripción del nodo (Tema)
Reconocimiento mutuo	Proporciona detalles sobre cómo las enfermeras que tienen una cualificación obtenida fuera de la jurisdicción se pueden colegiar y asegurarse el derecho a ejercer en la jurisdicción cubierta por la ley. El acuerdo puede ser específico cuando se nombra la segunda jurisdicción o grupo de jurisdicciones o puede ser de carácter general cuando se describe un proceso.

SIMILITUDES Y DIFERENCIAS BASADAS EN LOS ATRIBUTOS CLAVE

Tal y como se aprecia en el marco comparativo completo, Figura 24, algunos de los temas identificados tienen varios niveles de detalle (por ejemplo, *Responsabilidades y Funciones*) mientras que otros tienen un único nivel (por ejemplo, *Título*). A continuación, se exponen los resultados del léxico de términos y el análisis asociado de similitudes y diferencias centrado en los subniveles y los niveles asociados (en caso de que existan). En cada caso, la subsección comienza con un análisis del encabezamiento del tema de primer nivel y la descripción operativa en minúsculas.

Título

“Se especifica el nombre jurídico de la ley o decreto en el cuerpo de la ley junto con el nombre de referencia en la primera página del documento. El objetivo es dar coherencia y facilitar una referenciación precisa de la legislación. Además del nombre, puede haber una fecha asociada a la ley y en algunos casos un número de referencia adicional”.

Cuando se indica un título en el cuerpo de la ley (12 de las 14 fuentes), es probable que éste contenga una referencia directa al grupo profesional cubierto por dicha ley (enfermero, enfermeros y matronas, personal sanitario, profesional sanitario, etc.). Asimismo, tal y como se indica en la descripción del nodo, el título puede contener una fecha y/o un número de referencia. En las dos fuentes en las que no se facilita un título en el cuerpo de la ley, la misma información está contenida en el título completo de referencia en la primera página de la ley. El análisis de los distintos atributos de interés clave revela que no hay diferencias entre los mismos.

Definiciones

“Documentan cualquier término establecido y tienen un significado específico en la legislación. Estas descripciones deben contribuir a dar claridad a la interpretación de la ley, su ámbito y la aplicación de procesos”.

Todas las definiciones incluidas en este nodo y las distintas fuentes han sido objeto de una nueva codificación teniendo en cuenta los distintos temas de segundo nivel, definiciones estipuladas, lexicales o circulares. Para mayor claridad, se exponen a continuación las definiciones operativas de las tres categorías según la descripción de Schefler (1968) junto con un ejemplo:

- **Definición estipulada** – *Especifica una formulación especial como significado para una finalidad que no tiene que ver con un significado o uso comunes.*

Por ejemplo *“Por personal sanitario se entenderá personal con autorización de conformidad con la sección 48 o con una licencia con arreglo a la sección 49”*

De la Ley de Profesiones Sanitarias –(Noruega)

- **Definición lexical** – *Contiene una lista que describe todos los usos comunes de un término utilizado en una comunidad lingüística.*

Por ejemplo *“Año solar significa un periodo de 12 meses que comienza el 1 de enero.”*

Ley Nacional de Profesionales Sanitarios – (Australia)

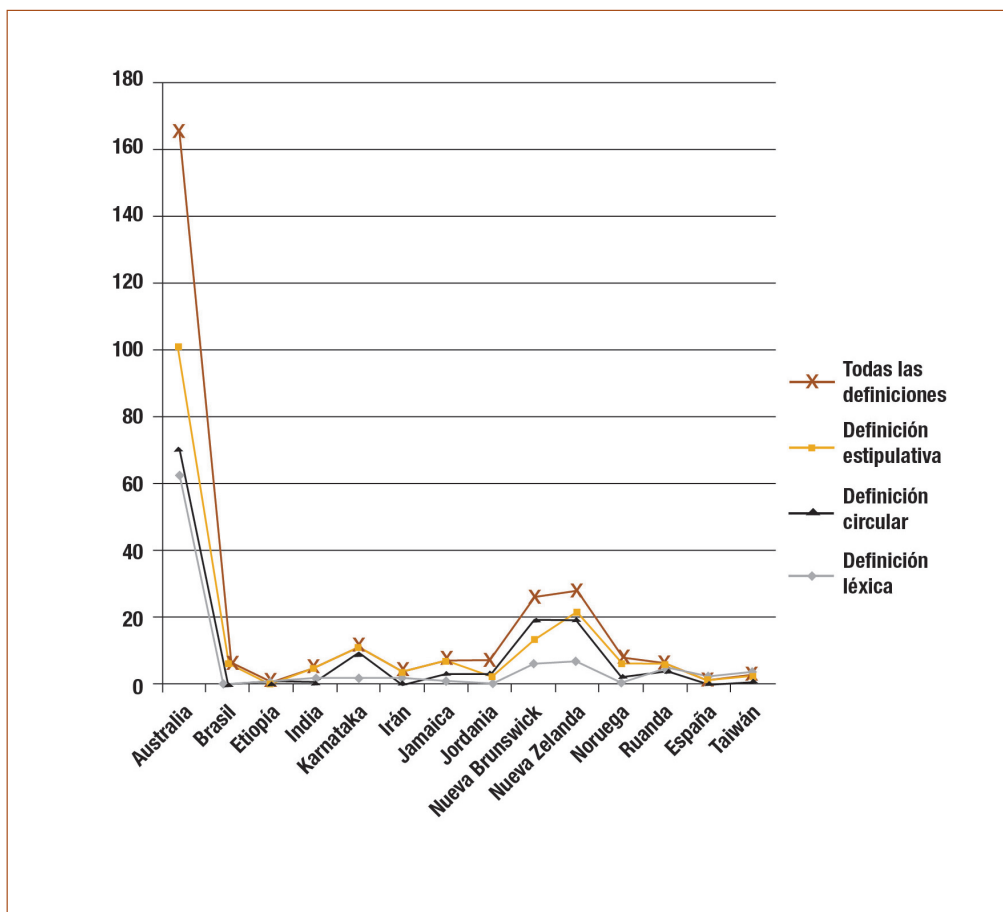
- **Definición circular** – *Utiliza el término explicado en la definición misma.*

Por ejemplo *“Estándares de competencia requeridos, en relación con un profesional sanitario, significa el estándar de competencia que se puede esperar razonablemente de un profesional sanitario que ejerza en el ámbito de la práctica de dicho profesional sanitario”.*

Ley de Garantía de Competencia de los Profesionales Sanitarios –(Nueva Zelanda)

El número de definiciones ofrecidas por fuente varía enormemente. La Figura 26 desglosa los números tanto por categoría como en total.

Figura 26. Línea gráfica de la frecuencia de uso de definiciones de nodos en relación con la legislación fuente



Al desglosar las fuentes en función de los atributos aparecieron varios patrones (véanse Tablas 19 y 20).

Tabla 19. Desglose detallado de la frecuencia de ‘Definiciones’ codificadas de las jurisdicciones fuente ordenadas en función de los atributos (Región Geográfica, Situación Económica, Tradición Jurídica, Planteamiento Administrativo y Modelo Regulatorio) Parte 1

Jurisdicción	Región geográfica	Todas las definiciones	Jurisdicción	Situación económica	Todas las definiciones
Etiopía	África	0	España	Alta	0
Ruanda	África	11	Taiwán	Alta	3
Taiwán	Asia	3	Noruega	Alta	5
India	Asia	3	Nueva Brunswick	Alta	39
Karnataka	Asia	20	Nueva Zelanda	Alta	46
Jamaica	Caribe	12	Australia	Alta	237
España	Europa	0	Etiopía	Baja	0
Noruega	Europa	5	Ruanda	Baja	11
Irán	Oriente medio	1	India	Media-baja	3
Jordania	Oriente medio	5	Karnataka	Media-baja	20
Nueva Brunswick	América del Norte	39	Jamaica	Media-baja	12
Brasil	América del Sur	6	Irán	Media-alta	1
Nueva Zelanda	Pacífico Sur	46	Jordania	Media-alta	5
Australia	Pacífico Sur	237	Brasil	Media-alta	6

Jurisdicción	Tradición Jurídica	Todas las definiciones
Etiopía	Derecho civil	0
España	Derecho civil	0
Taiwán	Derecho civil	3
Brasil	Derecho civil	6
Nueva Brunswick	Derecho consuetudinario	39
Nueva Zelanda	Derecho consuetudinario	46
Australia	Derecho consuetudinario	237
India	Derecho consuetudinario	3
Karnataka	Derecho consuetudinario	20
Jamaica	Derecho consuetudinario	12
Irán	Derecho Islámico	1
Noruega	Mixto civil-consuetudinario	5
Ruanda	Mixto civil-consuetudinario	11
Jordania	Mixto consuetudinario-islámico	5

Tabla 20. Desglose detallado de la frecuencia de ‘Definiciones’ codificadas de las jurisdicciones fuente ordenadas en función de los atributos (Región Geográfica, Situación Económica, Tradición Jurídica, Planteamiento Administrativo y Modelo Regulatorio) Parte 2

Jurisdicción	Planteamientos Administrativos	Todas las definiciones	Jurisdicción	Modelo Regulatorio	Todas las definiciones
India	División de poderes	3	India	Auto-regulación delegada	3
Karnataka	División de poderes	20	Karnataka	Auto-regulación delegada	20
Brasil	División de poderes	6	Jamaica	Auto-regulación delegada	12
Etiopía	Junta única multidisciplinar paraguas	0	España	Auto-regulación delegada	0
Nueva Zelanda	Multidisciplinar con juntas individuales	46	Irán	Auto-regulación delegada	1
Australia	Multi-D con Juntas individuales y servicios compartidos	237	Jordania	Auto-regulación delegada	5
Taiwán	Unidad reguladora	3	Taiwán	Gubernamental	3
Noruega	Unidad reguladora	5	Noruega	Gubernamental	5
Ruanda	Junta única	11	Nueva Brunswick	Auto-regulación pura	39
Jamaica	Junta única	12	Etiopía	Auto-regulación supervisada	0
España	Junta única	0	Brasil	Auto-regulación supervisada	6
Irán	Junta única	1	Nueva Zelanda	Auto-regulación supervisada	46
Jordania	Junta única	5	Australia	Auto-regulación supervisada	237
Nueva Brunswick	Junta única	39	Ruanda	Auto-regulación supervisada	11

Las Tablas 19 y 20 ofrecen un desglose detallado de la distribución del código de las ‘definiciones’ y para el resto de este capítulo no se ofrecerá este nivel de detalle. No obstante se incorpora un resumen con los datos de las tablas para cada nodo en el Anexo 9 y se repite la tabla resumen de este nodo en la Tabla 21.

Tabla 21. Tabla resumen de datos de fuentes, codificada en función de las “definiciones” de nodos con atributos asociados y datos de subnodos

Jurisdicción	Región geográfica	Tradición Jurídica	Planteamiento Administrativo	Modelo regulatorio	Situación económica	Definición estipulativa	Definición léxica	Definición circular	Todas las definiciones
Australia	Pacífico Sur	Derecho consuetudinario	Multi-D con Juntas individuales y servicios compartidos	Auto-regulación supervisada	Alta	101	63	73	237
Brasil	América del Sur	Derecho civil	División de poderes	Auto-regulación supervisada	Media-alta	6	0	0	6
Etiopía	África	Derecho civil	Junta única multi-disciplinar paraguas	Auto-regulación supervisada	Baja	0	0	0	0
India	Asia	Derecho consuetudinario	División de poderes	Auto-regulación delegada	Media-baja	2	1	0	3
Irán	Oriente medio	Derecho Islámico	Junta única	Auto-regulación delegada	Media-alta	1	0	0	1
Jamaica	Caribe	Derecho consuetudinario	Junta única	Auto-regulación delegada	Media-baja	4	3	5	12
Jordania	Oriente medio	Mixto consuetudinario-islámico	Junta única	Auto-regulación delegada	Media-alta	1	0	4	5
Karnataka	Asia	Derecho consuetudinario	División de poderes	Auto-regulación delegada	Media-baja	9	2	9	20
Nueva Brunswick	América del Norte	Derecho consuetudinario	Junta única	Auto-regulación pura	Alta	13	6	20	39
Nueva Zelanda	Pacífico Sur	Derecho consuetudinario	Multidisciplinar con juntas individuales	Auto-regulación supervisada	Alta	21	7	18	46
Noruega	Europa	Mixto civil-consuetudinario	Unidad reguladora	Gubernamental	Alta	2	0	3	5
Ruanda	África	Mixto civil-consuetudinario	Junta única	Auto-regulación supervisada	Baja	1	5	5	11
España	Europa	Derecho civil	Junta única	Auto-regulación delegada	Alta	0	0	0	0
Taiwán	Asia	Derecho civil	Unidad reguladora	Gubernamental	Alta	2	0	1	3

El análisis de la distribución del número de definiciones por subnodos no ha revelado ninguna diferencia asociada a los atributos pero a nivel agregado se han apreciado una serie de similitudes y diferencias:

- No hay ningún patrón discernible en relación con la frecuencia de 'Definiciones' codificadas en los documentos fuente cuando se considera el atributo 'Modelo Regulatorio'.
- Parece existir una relación entre 'Región Geográfica' y la frecuencia de 'Definiciones', y Pacífico Sur y es posible que América del Norte contengan un mayor número de 'Definiciones'.
- Es más probable que ciertas jurisdicciones de 'Ingresos Elevados' especifiquen 'Definiciones' en su legislación enfermera.
- Las jurisdicciones bajo una tradición de 'Derecho Consuetudinario' es más probable que especifiquen 'Definiciones' que otras tradiciones jurídicas. Y las que se encuentran bajo el 'Derecho Civil' es menos probable que lo hagan.
- Las jurisdicciones con un planteamiento administrativo 'Multidisciplinar y de Junta Individual' independientemente de si tienen servicios compartidos o no es más probable que especifiquen 'Definiciones'.

En los datos cabe destacar el nivel relativamente bajo de precisión utilizado en la legislación para facilitar 'Definiciones'. Del número total de 'Definiciones' proporcionado (388) el 42% son definiciones estipuladas y simplemente afirman que el término está definido en una parte específica de la legislación. Según Scheffler (1968) esto no tiene o es improbable que tenga un significado común fuera de la comunidad de práctica (jurisdicción). El 36% son "circulares" en su formato y utilizan el mismo término para explicar la palabra definida, lo cual, en general, no es muy útil para aportar claridad, comprensión y coherencia de aplicación al concepto o proceso. Únicamente el 22% de las definiciones, una de cada cinco, (87) utilizan un formato "lexical", lo cual ofrece más probabilidades de compartir significado en cualquier conversación transjurisdiccional.

Finalidad de la legislación

"La intención declarada explícitamente en la legislación".

No todas las fuentes legislativas ofrecen una declaración de finalidad clara y explícita. En la muestra analizada 10 de las 14 contenían una declaración de este tipo. Un examen más de cerca de estas declaraciones ha arrojado que la finalidad de la legislación podría considerarse en función de cuatro subtemas:

- **Desarrollo profesional** – *La legislación contiene poderes para contribuir al avance de la profesión y sus intereses.*
- **Protección de los ciudadanos** – *La legislación está diseñada para garantizar que la competencia de quienes ejercen y su conducta no dañan a los pacientes o a las poblaciones a las que sirven.*
- **Mejora de la calidad** – *Planteamiento diseñado para avanzar en los estándares de los servicios que ofrecen los profesionales e incrementar o mantener la confianza.*
- **Movilidad de la fuerza laboral** – *La legislación está diseñada para facilitar la circulación de enfermeros que cumplen con los estándares requeridos entre fronteras jurisdiccionales a la par que garantiza que los ciudadanos tienen acceso a profesionales competentes.*

Es más probable que las fuentes que manifiestan una finalidad explícita identifiquen la protección de los ciudadanos como la principal razón de la legislación, seguida del desarrollo profesional, la migración de la fuerza laboral y la mejora de la calidad, en ese orden o frecuencia (10, 4, 1 y 1).

El análisis de los atributos clave no ha revelado ninguna relación discernible entre la presencia de una finalidad establecida explícitamente y las variables Región Geográfica, Tradición Jurídica, Planteamiento Administrativo, Modelo Regulatorio y Situación Económica.

Elementos relacionados con el Consejo

“Los componentes estructurales, administrativos, de gobernanza y procesos asociados con el órgano de gobierno”.

Además del nodo principal, esta parte del mapa contiene 10 nodos de segundo orden y treinta de tercer orden. A pesar de que los nodos están bien poblados, se han encontrado pocas relaciones aparentes:

- Las fuentes de una unidad regulatoria y, más concretamente, de una regulación gubernamental parecen estar asociadas a una escasa especificación en los elementos relacionados con el consejo.
- Las fuentes de la región Pacífico Sur eran las que más material tenían codificado en el nodo.

El análisis de los nodos de segundo nivel confirma que la unidad regulatoria y el planteamiento gubernamental están asociados a pocos ejemplos codificados en los sub-nodos. Sin embargo, sí que aparecen más relaciones y más específicas en los nodos de segundo nivel, es decir:

- La facultad de establecer ‘Comités Discrecionales’ parece estar relacionada con la tradición del derecho consuetudinario.
- Las fuentes del Pacífico Sur ofrecen el mayor grado de especificidad en la ‘Toma de Decisiones del Consejo’.
- La capacidad de proporcionar una ‘ampliación del mandato’ parece asociada a la tradición de derecho consuetudinario.
- La especificación de una ‘Ubicación con Nombre’ y un ‘Planteamiento basado en la Cobertura’ respecto a la ‘Ubicación Física del Consejo’ parece estar relacionado con la tradición jurídica islámica.
- La especificación del número de miembros de la Junta en relación con el ‘Quórum del Consejo’ parece estar asociado a la tradición del derecho consuetudinario.

Reglas operativas

“Las instrucciones especificadas sobre cómo se deben desempeñar o implantar las funciones y responsabilidades. Dichas instrucciones no ofrecen ninguna flexibilidad ni espacio para interpretación”.

Dos jurisdicciones del Pacífico Sur, relativas a otras incluidas en la muestra, tienen un número muy alto de referencias codificadas en relación con este nodo. Tanto Australia como Nueva Zelanda tienen una diferencia de cinco a ocho veces en comparación con la siguiente fuente codificada más alta (Nueva Brunswick). Además, parece que quizá haya una relación positiva (la mayoría del material está codificado en los nodos) asociada a la tradición jurídica del derecho consuetudinario y una relación negativa (menos material codificado) con el derecho civil e islámico.

Facultades del ministro o autoridad de supervisión

“Los derechos y acciones asociados a la supervisión de los consejos ejercidos por personas u organizaciones con la responsabilidad de actuar con arreglo a lo especificado en la legislación”.

El análisis de los datos ha revelado que tanto Australia como Nueva Zelanda (región Pacífico Sur) tienen el abanico más amplio de poderes atribuido al ministro u organismo de supervisión. A la inversa, las fuentes asociadas a la tradición jurídica islámica no tenían ningún poder adjudicado al ministro o autoridad de supervisión. Sin embargo, al examinar los nodos de segundo orden no se apreció ninguna relación de subnivel.

Facultades del Presidente

“Los derechos y acciones asociadas a la persona que ha sido designada o elegida como persona líder de la Junta o Consejo de conformidad con la legislación”.

Aunque había pocas referencias codificadas en este nodo parece que quizá haya una relación entre el atributo de modelo regulatorio y más concretamente el planteamiento específico de auto-regulación delegada y mayores poderes presidenciales.

Facultades del Registrar y/o Director Ejecutivo

“Los derechos y acciones asociados a la persona que ha sido designada o elegida como ejecutivo líder u oficial administrativo del consejo. Estos poderes pueden estar plasmados en la legislación o delegados por el consejo”.

Parece que un número mayor de referencias a este nodo está asociado a la tradición del derecho consuetudinario. En el caso del planteamiento administrativo, las fuentes que utilizan una unidad regulatoria y un modelo regulatorio basado en el gobierno parecen estar asociadas a la ausencia de contenido codificado en las facultades del *registrar* o director ejecutivo.

Reconocimiento mutuo

“Proporciona detalles sobre cómo los enfermeros que tienen una cualificación obtenida fuera de la jurisdicción se pueden colegiar y asegurar el derecho a ejercer en la jurisdicción cubierta por la ley. El acuerdo puede ser específico donde se nombra la segunda jurisdicción o grupo de jurisdicciones o puede ser de carácter general en el que se describe un proceso”.

La muestra ha generado muy pocos ejemplos de cláusulas relativas al reconocimiento mutuo de cualificaciones. Tanto Australia como Nueva Zelanda han facilitado ejemplos, al igual que la India y Karnataka. Noruega también tiene disposiciones sobre acuerdos de reconocimiento mutuo. Todos estos países tienen acuerdos bilaterales o multilaterales consolidados con otras naciones o jurisdicciones.

Con la excepción del vínculo regional entre Australia y Nueva Zelanda (Pacífico Sur) no se ha encontrado ninguna otra relación aparente entre el material codificado y los atributos.

Legislación relacionada

“Otras actas, leyes o decretos que interactúen con o estén afectados por la Ley de Enfermería”.

La mayoría de las fuentes, 10 de las 14, tienen dispuesta la identificación de la legislación relacionada. En algunos casos, la ley identifica legislación anterior y especifica su abolición para garantizar la posición predominante de la nueva legislación, por ejemplo:

La Ley de Enfermeras y Matronas de Madras, 1926 (Ley de Madras III de 1926), la Ley de Registro de Enfermeras, Matronas y Visitantes Sanitarios, 1951 (Ley de Hyderabad XIX de 1951) y la Ley de Bombay de Enfermeras, Matronas y Visitantes Sanitarios, 1954 (Ley de Bombay XIV de 1954), quedan abolidas mediante la presente.

Ley de Enfermeras de Karnataka (1961)

Cualquier disposición jurídica contraria a esta Ley queda abolida mediante la presente.

Ley de Enfermería de Rwanda (2008)

En otros casos, la ley especifica cómo afrontar conflictos entre partes de la ley o entre la ley y otra legislación, como por ejemplo:

Las reglas por las que se rigen las asociaciones profesionales y sus Consejos así como los estatutos de los mismos estarán en vigor en todo aquello que no suponga un conflicto con las disposiciones de esta Ley, sin perjuicio de lo que se pueda proponer o acordar en ajustes estatutarios específicos.

Ley española 2 (1974)

De lejos, el planteamiento más común es identificar y elaborar una lista con otros fragmentos de legislación que son dependientes, co-dependientes o están supeditados a la ley, por ejemplo:

Lista de enmiendas incorporadas en esta nueva impresión (en orden a partir de la más reciente): Health Practitioners Competence Assurance (Designation of Anaesthetic Technology Services as Health Profession) Order 2011 (SR 2011/227): clause 7 Policing Act 2008 (2008 No 72): section 116(a)(ii) Births, Deaths, Marriages, and Relationships Registration Amendment Act 2008 (2008 No 48): section 47 Human Tissue Act 2008 (2008 No 28): section 92 Insolvency Act 2006 (2006 No 55): section 445 Coroners Act 2006 (2006 No 38): section 146 Relationships (Statutory References) Act 2005 (2005 No 3): section 7

**New Zealand Health Practitioners
Ley de Garantía de la Competencia (2003)**

El análisis del material codificado no ha mostrado ninguna diferencia ni similitud en relación con los atributos clave asociados al material fuente según se encuentra codificado en este tema.

Puesta en vigor

“El poder y la autoridad para desarrollar e implantar la ley”.

Se trata de una característica común a muchas leyes que simplemente establece bajo qué autoridad se aplica la ley. En algunas ocasiones la cláusula hará referencia a que se han seguido ciertos procesos o pasos requeridos antes de la entrada en vigor. El análisis de los datos codificados en este nodo no ha mostrado ninguna similitud o diferencia en relación con los atributos clave objeto de consideración.

Responsabilidades y funciones

Los poderes y actividades explícitos otorgados al órgano regulador a través de la legislación.

Tal y como se aprecia en la Figura 22, esta es la parte más compleja del marco con varios niveles y buena parte del material fuente codificado en los distintos nodos, subnodos, sub-sub-nodos, sub-sub-sub nodos y sub-sub-sub-sub-nodos.

Relaciones a nivel 1 sobre el nodo Responsabilidades y Funciones

El análisis del nodo de nivel uno agregado revela una relación potencial entre las regiones geográficas siendo la del Pacífico Sur es la que tiene, con diferencia, más material codificado en este nodo. Además, parece que quizá la Situación Económica se pueda correlacionar positivamente con el material codificado en este nodo y se pueda correlacionar positivamente el incremento de dicha situación con más referencias a *Responsabilidades y Función*.

Relaciones a nivel 2 en el nodo Responsabilidades y Funciones

- La presencia de material codificado en el nodo de segundo nivel “*Acreditación*” parece estar positivamente relacionada con la tradición del derecho consuetudinario y relacionada negativamente con el planteamiento administrativo de unidad regulatoria y el modelo regulatorio gubernamental.
- El material codificado en el tema “Administrativo y de gestión” parece estar negativamente asociado al planteamiento administrativo de unidad regulatoria y el modelo regulatorio gubernamental.
- En relación con la responsabilidad de “*Que avance la profesión*” parece haber una relación positiva asociada a la Región Geográfica —Oriente Medio y tradición jurídica de la Ley Islámica— y una asociación negativa con el planteamiento administrativo de unidad regulatoria y el modelo regulatorio gubernamental. Además, la jurisdicción española tiene bastante material sobre este nodo pero no parece guardar correlación con ninguno de los atributos clave objeto de análisis.
- La Tradición del Derecho Islámico parece estar positivamente relacionada con la responsabilidad de ofrecer “*Asesoramiento al Gobierno*”. Además, “*Asesoramiento al Gobierno*” está relacionado negativamente con el planteamiento administrativo de unidad regulatoria y el modelo regulatorio gubernamental.
- La “Cláusula general” *Responsabilidad* parece estar negativamente relacionada con la región geográfica, Oriente medio, la tradición jurídica del Derecho Islámico, el planteamiento administrativo de unidad regulatoria y el modelo regulatorio gubernamental.
- Las responsabilidades en términos de “*Habilitación para Ejercer*” y “*Desarrollo de Estándares, Estatutos, Reglas y Orientación*” parecen correlacionarse positivamente con el material fuente del Pacífico Sur.

Relaciones a nivel 3 sobre el nodo Responsabilidades y Funciones

- El análisis de los nodos de Nivel 3, que son *hijos* del nodo de Nivel 2, parece sugerir que los orígenes de la relación con la tradición Jurídica del Derecho Consuetudinario se derivan de la presencia y asociación positiva con las responsabilidades de “*Aprobación Institucional*” y “*Aprobación de Programas*”.

- Los tres nodos de Nivel 3 Mejorar la *Práctica Profesional*, *Promover y Proteger la Profesión* y *Realización de Investigación* contribuyen a la relación entre el nodo de Nivel 2 “*Avance de la profesión*” y la Tradición Jurídica Islámica. Además, parece que los orígenes de la aparente relación entre el material fuente español y el nodo de Nivel 2 “*Avance de la Profesión*” constituyen la responsabilidad para *Mejorar la práctica profesional*.
- Cinco de los nodos de Nivel 3, Colaboración, Consulta, Fijar Citas, Establecer Cuotas y Realizar Contratos que contribuyen al nodo de Nivel 2 Administrativo y de Gestión parecen estar relacionados negativamente con el Planteamiento Administrativo – Unidad Regulatoria y Modelo Regulatorio – Gobierno.

ESTADÍSTICAS DESCRIPTIVAS DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LOS ENCUESTADOS DELPHI

Se ha invitado a un total de 75 personas con diferente experiencia en la profesión o en otros ámbitos a participar en el estudio Delphi. Para mantener la metodología susten- tante, a no ser que un posible participante señalara que no quería participar, todos los participantes recibieron copias de los cuestionarios de las Rondas Uno, Dos y Tres inde- pendientemente de que hubieran respondido o no a la carta original en la que se solicita- ba su acuerdo para ser encuestados. En resumen, de forma coherente con el diseño político del estudio Delphi descrito en la sección de métodos, todas las personas tuvieron oportunidad de contribuir en todas las fases aunque no hubieran participado en la ronda anterior. La razón de ser de este planteamiento, además de manifestar coherencia con el método de investigación previsto, era que cuando se enviaron las cartas de invitación lle- garon varias respuestas (4) indicando que el posible participante estaba ausente y no podía contestar en la fecha establecida. Además, una persona afirmó que necesitaba con- sultar a su Junta antes de facilitar una respuesta y que la siguiente fecha prevista para la reunión de ésta era posterior a la fecha de respuesta señalada.

Tabla 22. Resumen de participación en las distintas fases de recopilación de datos

Número total de invitados	Personas que respondieron a la petición de participar	Personas que respondieron a la Ronda 1	Personas que respondieron a la Ronda 2	Personas que respondieron a la Ronda 3	Personas que han respondido a al menos una de las rondas
75	44	46	47	39	59

La Tabla 22 ofrece un resumen del número de respuestas en relación con la carta de invitación original y las tres rondas de cuestionarios. Se ha añadido una columna final que indica el número de encuestados que han contribuido a al menos una de las rondas Delphi. La respuesta a la carta original no se ha contado en este cálculo. Esta última columna es la que se usa para calcular el índice total de participación en el estudio que fue (79), 59%.

A continuación se encuentra un desglose de las respuestas agregadas de las tres rondas del estudio Delphi. Los datos también se han analizado utilizando la prueba de asociación Chi-cuadrado para determinar si había alguna diferencia significativa en términos de la estructura de respuesta para cada una de las rondas en relación con las dimensiones de interés. Las tablas resumidas, con las cifras detalladas de las respuestas para cada ronda, se encuentran en el Anexo 10. La prueba de asociación Chi-cuadrado determinó que no había diferencias estadísticamente significativas en las distintas rondas en cuanto a las dimensiones de interés. Esto confirma que, tal y como se pretendía, se ha organizado una muestra heterogénea de encuestados siguiendo los requisitos de un estudio de Política Delphi. Los encuestados provenían de distintos grupos para intentar generar un conjunto de participantes lo más variado posible. Como la participación de los líderes de órganos reguladores y asociaciones profesionales a menudo puede ser voluntaria se consideraron los antecedentes tanto de los encuestados pagados como de los voluntarios en relación con el cuestionario. La Tabla 23 establece la distribución de antecedentes. Cabe destacar que como algunos encuestados tenían una función pagada y otra voluntaria, el número total supera los 59.

Tabla 23. Distribución de los antecedentes de los encuestados

Antecedentes	Frecuencia
Regulador (reguladores tanto gubernamentales como autónomos)	26
Educador (instituciones tanto estatales como privadas)	15
Servicios (roles tanto clínicos como de gestión)	20
Asociación profesional	24
Persona laica (representante de los pacientes, otras disciplinas)	6

El desglose de los encuestados por género es casi tres veces de la norma mundial para hombres en la profesión enfermera (10%), un 29% en el rango esperado puesto que la muestra incluía una serie de países de Oriente Medio donde el porcentaje de hombres en la profesión enfermera es mucho más alto (30–50%). Asimismo, a menudo se ha comunicado que el porcentaje de hombres en puestos altos en enfer-

mería es superior a la norma para la población en su conjunto (American College of Healthcare Executives, 2006).

Los encuestados provenían de un abanico completo de países de bajos y altos ingresos tal y como se aprecia en el desglose de la Tabla 24.

Tabla 24. Categorías de RNB de los países donde trabajan los encuestados

Categorías de RNB (Renta Nacional Bruta) del país donde vive el encuestado	Frecuencia
Alta	37
Media-alta	10
Media-baja	9
Baja	3

Al examinar la tradición jurídica de los países donde viven los encuestados se ha apreciado una buena cobertura de los distintos marcos jurídicos, véase Tabla 25.

Tabla 25. Tradiciones Jurídicas de los países donde trabajan los encuestados

Tradición Jurídica	Frecuencia
Derecho Civil	24
Derecho consuetudinario	31
Derecho Islámico	4

DATOS DE LA RONDA UNO – DEFINICIÓN DE REGULACIÓN PROFESIONAL ENFERMERA

Se han planteado cuatro preguntas en la Ronda Uno del Cuestionario Delphi (Anexo 4) para aportar datos al análisis de la definición de regulación profesional enfermera. Asimismo, se ha obtenido un conjunto de datos al solicitar información sobre qué material consideraban superfluo los encuestados así como sobre conceptos que creían que había que añadir a la vez que se pedían definiciones alternativas. También ha habido

comentarios de carácter general (Pregunta 5) que han contribuido a ofrecer perspectivas al análisis de datos.

Muchos de los encuestados, más del 50% (n= 24), pensaban que la definición existente era adecuada pero otros propusieron que se realizaran cambios en la actual definición de regulación profesional del Consejo Internacional de Enfermeras, como por ejemplo:

- La definición revisada debe ser sucinta a ser posible.
- Se deben de incluir todos los conceptos pero en lugar de añadir texto a la definición éstos se deben elaborar con una secuencia asociada.
 - La secuencia puede facilitar definiciones específicas adicionales para los distintos conceptos y ofrecer ejemplos ilustrativos de cómo se logran o expresan en la legislación de todo el mundo.
- El análisis de los comentarios ha permitido la identificación de cinco conceptos que se deben incluir en una definición actualizada de regulación profesional enfermera. Los conceptos se indican aquí pero no están elaborados con ejemplos específicos de legislación existente.
 - En las partes de la definición se incluirán (resaltados en amarillo):
 - Los **sujetos** de la regulación – colegiado (enfermero) y profesión.
 - La **finalidad** de la regulación – proteger a los ciudadanos, facilitar una circulación eficiente y eficaz de los colegiados de una jurisdicción a otra, alinear la práctica profesional con las necesidades actuales.
 - Es necesario incluir el concepto de **actividad sostenida** – competencia continuada.
 - Es necesario incluir el concepto de **aplicación**, es decir los medios que garantizan el cumplimiento de los estándares establecidos.
 - El concepto de **mecanismos**. Todos los métodos legítimos y apropiados (por ejemplo la protección del uso del título, ámbitos definidos de la práctica, aprobación de programas educativos, requisitos en materia de competencia continuada, revisiones de la conducta profesional, etc.).
- En cuanto a la elaboración de una definición revisada, se han dado los siguientes pasos:
 - Se ha utilizado la definición existente del CIE como base para la revisión
 - Eliminación de texto superfluo
 - Introducción de conceptos que faltan

- Nuevo énfasis en los colegiados en lugar de en los miembros
- Resaltar explícitamente la finalidad de la regulación profesional

Los anteriores resultados de la Ronda Uno sobre la revisión de la definición desembocaron en la Ronda Dos sobre la definición de trabajo que los encuestados revisaron de nuevo en el cuestionario de la segunda ronda del estudio Delphi.

Todos aquellos medios legítimos, apropiados y sostenidos que dan orden, identidad, coherencia, control y rendición de cuentas a los profesionales autónomos, a través de una actuación aplicada de forma jurídica y voluntaria, que permiten:

- ***Mayor protección de los ciudadanos***
- ***Circulación eficiente y eficaz entre jurisdicciones***
- ***Realineamiento continuado de la práctica profesional con las necesidades sociales y sanitarias***

DATOS DE LA RONDA UNO – CARACTERÍSTICAS DE LOS ÓRGANOS REGULADORES DE ALTO DESEMPEÑO

De los 75 cuestionarios enviados al panel de expertos se recibieron 46 respuestas (61% de respuestas). Cada encuestado propuso cinco características que consideraba buenos indicadores de órganos reguladores de alto desempeño, lo cual permitió llegar a 230 aportaciones. Se analizaron estas aportaciones en términos de claridad y cuando había varios conceptos en una única respuesta éstos se separaron y seguidamente se eliminaron las ideas repetidas y se elaboró una serie de características únicas y claras. Como resultado se identificaron 49 características. Las características editadas, incorporadas de forma aleatoria, se utilizaron como base para las preguntas en la segunda parte del cuestionario de la Ronda Dos (Anexo 5).

DATOS DE LA RONDA DOS DEL ESTUDIO DELPHI

El plazo para la recopilación de datos relativos al cuestionario de la Ronda Dos comenzó a principios de agosto y, manteniendo el planteamiento previsto, se concedieron tres semanas para la devolución de los cuestionarios cumplimentados.

Sin embargo, cuando se envió el material fueron devueltas bastantes respuestas de ‘Fuera de la Oficina’ (11) junto con una serie de peticiones directas para ampliar el plazo de respuesta por parte de los encuestados (6) que estaban a punto de marcharse de vacaciones. Se concedió la petición y el periodo previsto de tres semanas se amplió a cinco. Esta ampliación se notificó a todos lo que no habían contestado en la fecha establecida originariamente y se envió un único recordatorio 3 días antes de la nueva fecha. Esto permitió que quienes querían participar lo pudieran hacer al regreso de sus vacaciones de verano. Se recibió un total de 47 (63%) de cuestionarios cumplimentados para su análisis en la ronda dos del estudio Delphi.

DATOS DE LA RONDA DOS – DEFINICIÓN DE REGULACIÓN

PROFESIONAL ENFERMERA

La Ronda Dos generó resultados tanto cuantitativos como cualitativos en relación con la definición revisada de regulación profesional. Los resultados cuantitativos ofrecen una indicación sobre los distintos puntos de vista generales de los encuestados y el grado de consenso. Véase Tabla 26. Los resultados cualitativos ofrecen una fuente rica en material para contribuir a seguir afinando la definición.

Los resultados de la Tabla 26 demuestran un alto grado de consenso tal y como se aprecia en el análisis de la distribución de las respuestas en la escala Likert. Además, el porcentaje de acuerdo positivo, 70%, 77%, 74%, y 81% alcanza el umbral preestablecido en las 4 afirmaciones. Estos resultados, considerando los datos del rango de la media e intercuartiles, apoyan una vez más la afirmación de que hay un alto nivel de consenso. Sin embargo, tal y como se aprecia en la Tabla 26, el rango intercuartil asociado a la afirmación “*La definición contiene todos los conceptos necesarios*” no cumple el nivel de acuerdo preestablecido y por tanto es importante analizar los comentarios cualitativos asociados a este ítem.

Tabla 26. Resultados cuantitativos de la definición de regulación profesional de la ronda dos

Declaración	Respuesta	Frecuencia	Porcentaje +Consenso	Rango intercuartil	Mediana
La definición contiene todos los conceptos necesarios	Estoy completamente de acuerdo	16	70,21	2	2
	Estoy de acuerdo	17			
	Estoy en desacuerdo	11			
	Estoy completamente en desacuerdo	1			
La definición es clara	Estoy completamente de acuerdo	11	76,60	0	2
	Estoy de acuerdo	25			
	Estoy en desacuerdo	7			
	Estoy completamente en desacuerdo	2			
La definición no tiene material superfluo	Estoy completamente de acuerdo	22	74,47	1	2
	Estoy de acuerdo	13			
	Estoy en desacuerdo	9			
	Estoy completamente en desacuerdo	1			

La definición es actual	Estoy completamente de acuerdo	15	80, 85	1	2
	Estoy de acuerdo	23			
	Estoy en desacuerdo	3			
	Estoy completamente en desacuerdo	2			

Considerar los comentarios cualitativos permite obtener ideas valiosas sobre cómo seguir revisando y mejorando la definición, por ejemplo:

- Cuatro encuestados resaltaron que no en todas las jurisdicciones se acepta que los enfermeros sean plenamente autónomos y que además el ámbito de algunos órganos reguladores contiene una combinación de distintos niveles de profesionales, es decir, que algunos trabajan bajo supervisión mientras que otros son autónomos.
- Se propuso que se utilizara el término más general ‘profesión’ en lugar de ‘profesional’ pero hay dos problemas en este planteamiento. En primer lugar, la regulación influye en la profesión, por ejemplo en términos de la dirección y el ámbito de la práctica y la persona es el foco importante de la mayoría de la legislación. En segundo lugar, el término profesión implica un nivel específico de preparación y estatus y en algunas jurisdicciones las responsabilidades del órgano regulador se amplían hasta el personal de apoyo. Por consiguiente, se propuso otra revisión de esta parte de la definición para el cuestionario de la tercera ronda.
- Tres encuestados resaltaron que quizá hubiera un supuesto no válido en el último punto de la definición revisada. Más concretamente, se cuestionaba si las necesidades del sistema sanitario y las necesidades de los pacientes son sinónimos. Los encuestados han destacado que no tiene por qué ser así y han propuesto que se busque una formulación más explícita para reflejar el alineamiento con las necesidades de los pacientes.
- Dos encuestados afirmaron que es necesario redefinir y mejorar algunos de los términos. Además, se planteó la cuestión de a quién está dirigida la definición. Se afirmó que quizá haya que añadir texto, especialmente si el público profano ha de entender las complejidades de los distintos puntos planteados. Esto mejora y contribuye a aclarar algunas de las ideas que surgieron en la primera ronda en la que se destacó que la definición contenía varios componentes. Si se consideran los distintos puntos planteados es posible identificar cinco componentes en la definición, es decir, sujeto, finalidad, mecanismos, medios y resultados. En este sentido, como medio para intentar mantener la definición relativamente sucinta, además de revisar la definición para la

tercera ronda, se identifican y abordan explícitamente los cinco componentes de forma más pormenorizada utilizando un formato conocido.

- Se resaltó que quien tiene la facultad de definir, implantar y aplicar estándares y códigos puede variar en función del sistema jurídico en vigor en una determinada jurisdicción. Se comentó la necesidad de introducir “/o” tras ‘...aplicada de forma jurídica y’ para acomodarse a un abanico más amplio de modelos regulatorios.
- Hubo cinco encuestados que comentaron el punto “*circulación eficiente y eficaz entre jurisdicciones*”. Sin embargo, las opiniones manifestadas estaban mezcladas. Dos pensaban que no tiene nada que ver con la protección de los ciudadanos y que se debía eliminar mientras que tres encuestados pensaban exactamente lo contrario: que los enfermeros migrantes eran una amenaza para la seguridad del paciente y que celebraban la incorporación de este punto y se debía profundizar más en él.
- Cinco encuestados comentaron la naturaleza compleja de la definición. Determinaron que lograr un equilibrio entre una definición completa y la sencillez era todo un reto. También se destacaron los problemas de traducir con precisión estructuras lingüísticas complejas a otra lengua. Dos de los encuestados ofrecieron una versión simplificada. Sin embargo, cada uno enfatizaba aspectos diferentes.

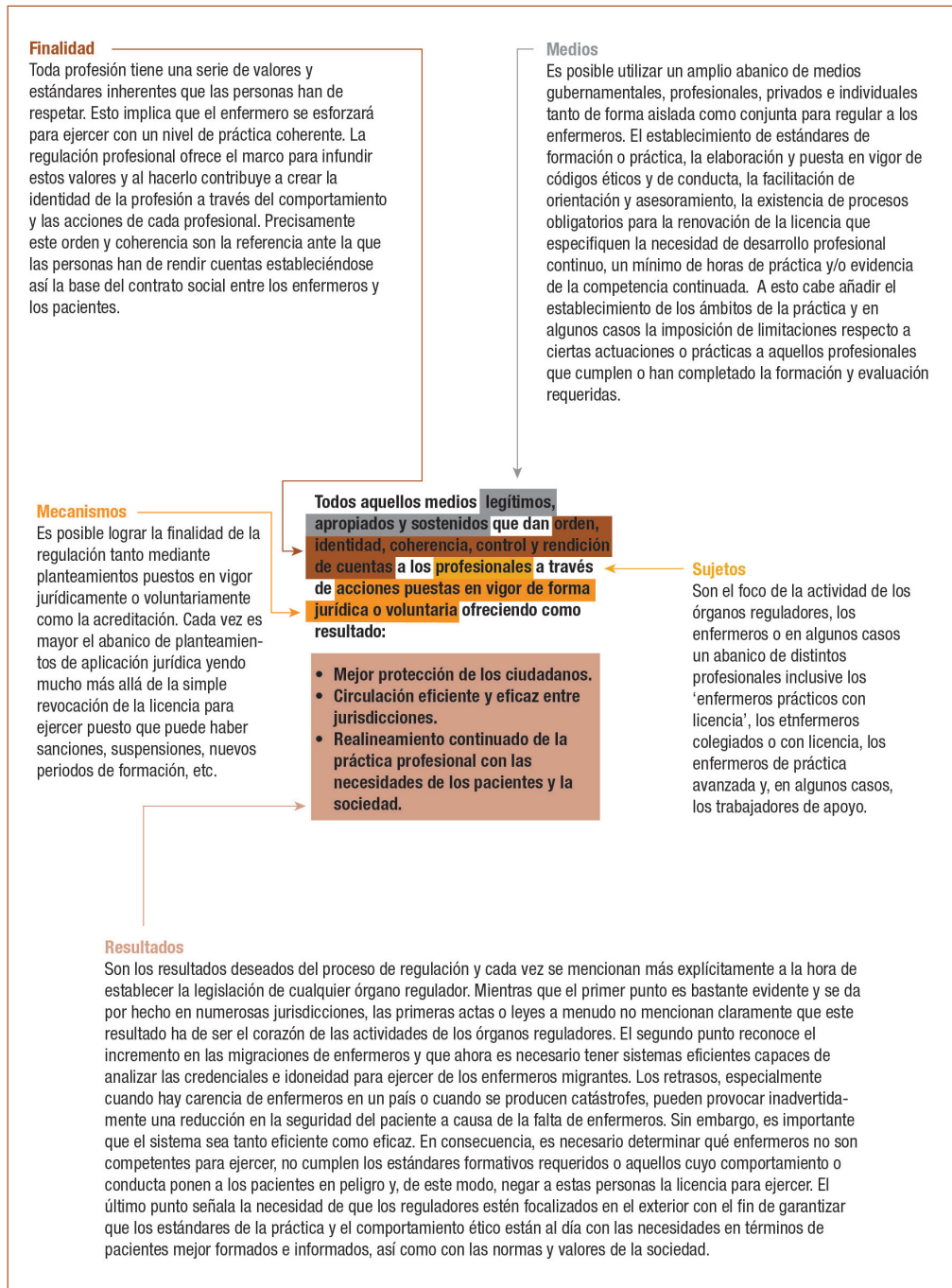
Al juntar todos estos puntos en la Figura 27 se aprecia no solo el texto revisado utilizado para la ronda final sobre la definición de la regulación profesional sino que también se ofrece una propuesta sobre cómo profundizar en los componentes.

DATOS DE LA SEGUNDA RONDA – CARACTERÍSTICA DE ÓRGANO REGULADOR DE ALTO DESEMPEÑO

Los encuestados tenían la posibilidad de puntuar cada una de las 49 características potenciales utilizando seis escalas distintas. Esta sección contiene los resultados asociados a las primeras cuatro de estas mediciones: deseabilidad, viabilidad, importancia y confianza. Las otras dos mediciones se encuentran en la siguiente sección.

Se detectaron dos erratas en dos de las declaraciones. Una, aunque la notaron dos encuestados, parecía no influir en la capacidad de los participantes para darle sentido a la declaración. El segundo error tipográfico, sin embargo, sí que provocó confusión puesto que se utilizó la palabra ‘morale’ en lugar de ‘moral’. Al estudiar los rangos intercuartiles y el nivel de porcentaje de acuerdo se aprecia que estas características representaban dos de las tres puntuaciones que no alcanzaron el porcentaje de umbral de acuerdo del 67% determinado previamente. Además, 2 de cuatro puntuaciones del rango intercuartil que no alcanzaron el umbral de ≤ 1 también se originaron a partir de esta cuestión. En consecuencia, se prestó especial atención a este

Figura 27. Definición del cuestionario de la ronda tres y elaboración asociada de cinco componentes



error y en el cuestionario de la tercera ronda se pidió a todos los encuestados que puntuaran de nuevo este ítem.

Con la excepción de éste y otro ítem, el nivel de porcentaje de consenso en los 49 ítems ha sido extremadamente elevado y 193 de 196 puntuaciones han alcanzado el umbral predeterminado del 67% de acuerdo. Además, 192 de las 196 mediciones del rango intercuartil alcanzaron el nivel requerido de ≤ 1 . El otro ítem que no logró cumplir el acuerdo sobre una de las mediciones fue el de la “Confianza” (alcanzando un consenso del 64%) y sobre dos de las puntuaciones del rango intercuartil, “Deseabilidad” y “Confianza”, cada uno de ellos con puntuaciones de 1,5 fue:

“El órgano regulador interpreta legislación de forma coherente y permisiva evitando la necesidad de nueva legislación”

Sobre las 49 declaraciones hubo uno o más comentarios (hasta un máximo de 14). Algunos de estos comentarios sencillamente reforzaban la importancia de la característica mientras que otros pretendían explicar por qué el encuestado había dado un determinado valor a una o varias de las dimensiones objeto de medición. En las 49 declaraciones la dimensión más comentada fue la de ‘viabilidad’ y varios encuestados sugirieron que era necesario, una vez alcanzado consenso sobre las distintas declaraciones, realizar otra fase para:

- Elaborar una explicación sucinta sobre la importancia de la característica.
- Identificar indicadores o índices específicos para medir la presencia o ausencia de la característica descrita en la declaración.
- Ofrecer material de referencia apropiado que se puede utilizar para profundizar en la importancia de la característica y apoyar la consecución de un alto nivel de desempeño.

Algunos encuestados (6) manifestaron la necesidad de estructurar las declaraciones de forma más lógica en lugar de colocarlas, como en el caso del cuestionario de la segunda ronda, aleatoriamente, es decir, agrupándolas en términos de similitud. Por ejemplo, cuatro encuestados afirmaron que las declaraciones relacionadas con una buena organización o gobernanza interna eran importantes, aunque no fueran necesariamente exclusivas de los órganos reguladores. Se identificaron otras características en relación con responsabilidades y funciones específicas de conformidad con la legislación como por ejemplo la ética y el comportamiento profesional. Un encuestado sugirió en el espacio a disposición para comentarios generales:

“Se deben (las declaraciones) agrupar en categorías similares, por ejemplo, proceso de quejas.” (Encuestado 053)

En este sentido, se elaboró la Figura 28 para reunir las 49 declaraciones en cuatro grandes encabezamientos – *Defensa de la legislación y capacidad de respuesta, Gobernanza organizativa e interna, Gobernanza externa y Rendición de cuentas pública y Responsabilidades y funciones*.

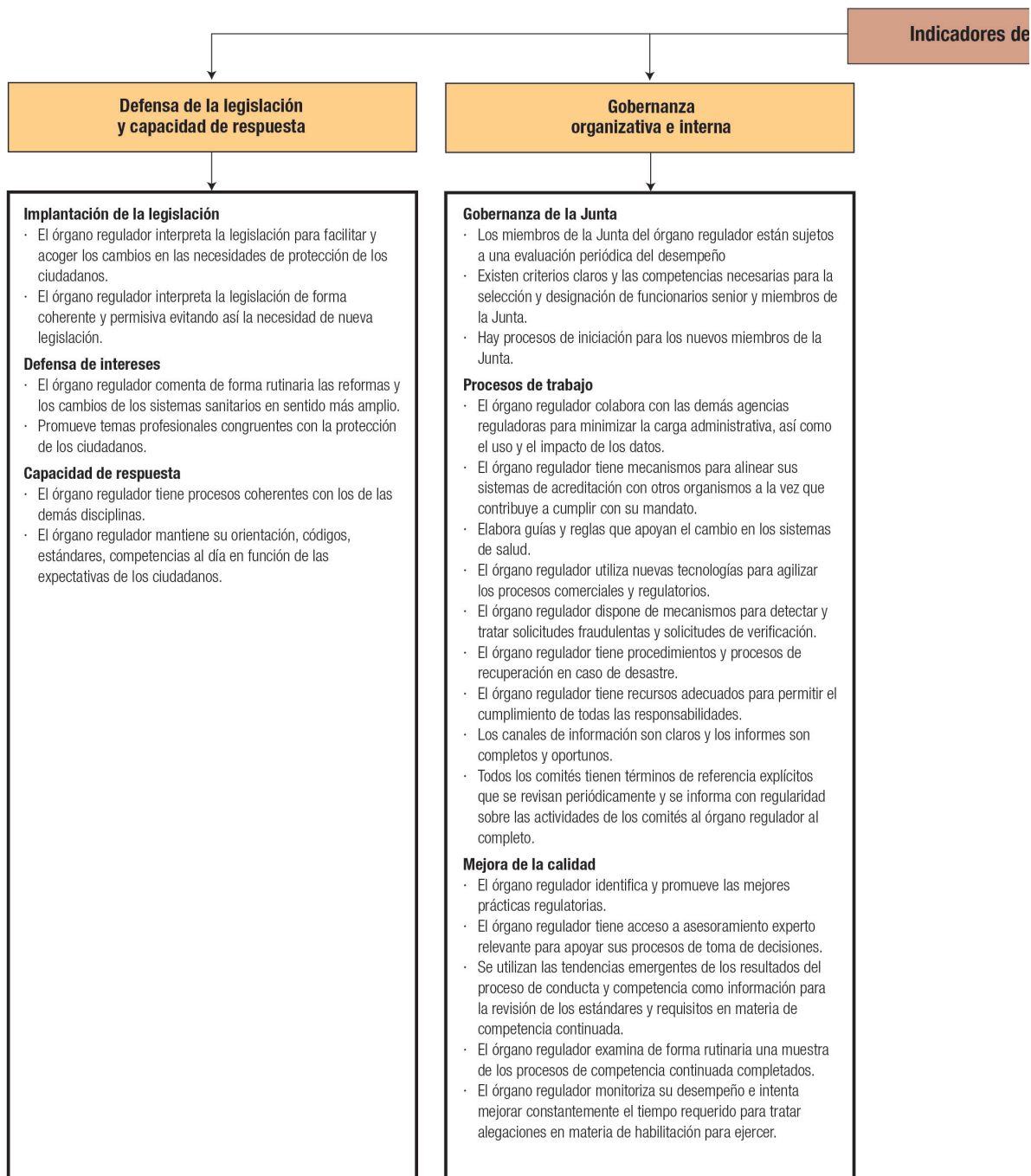
Tal y como se destacó anteriormente, hay un alto grado de consenso sobre las distintas características. Al examinar las puntuaciones teniendo en cuenta la dimensión individual y el nivel agregado es posible determinar los ítems considerados más importantes. El Anexo 12 ofrece todas las puntuaciones brutas para cada una de las 49 características. Además, las Tablas 27 y 28 ofrecen en orden de importancia las cinco características por arriba y por abajo. Las tablas tienen un código de colores para contribuir a una fácil identificación de las declaraciones. Cada declaración que se repite dos o más veces tiene un color único.

DATOS DE LA SEGUNDA RONDA – MODELO DE REGULACIÓN Y ACUERDOS ADMINISTRATIVOS ASOCIADOS

Se han estudiado los resultados relativos a los modelos regulatorios y al planteamiento administrativo asociado tanto característica por característica como en forma agregada. Por desgracia, los encuestados enviaron pocos comentarios en la recopilación de datos de la ronda dos en relación con estas dimensiones. Por ello, el cuestionario de la ronda final (Anexo 6) intentó estimular a los encuestados para que facilitaran comentarios dirigidos a una mejor interpretación de los datos.

La Figura 29 resume los datos relativos a los modelos que se considera más adecuados para ofrecer las características de un órgano regulador de alto desempeño. En el formato resumen se aprecia que los encuestados pensaban que un modelo de auto-regulación delegada tenía el mayor potencial.

Figura 28. Mapa temático



de las 49 declaraciones

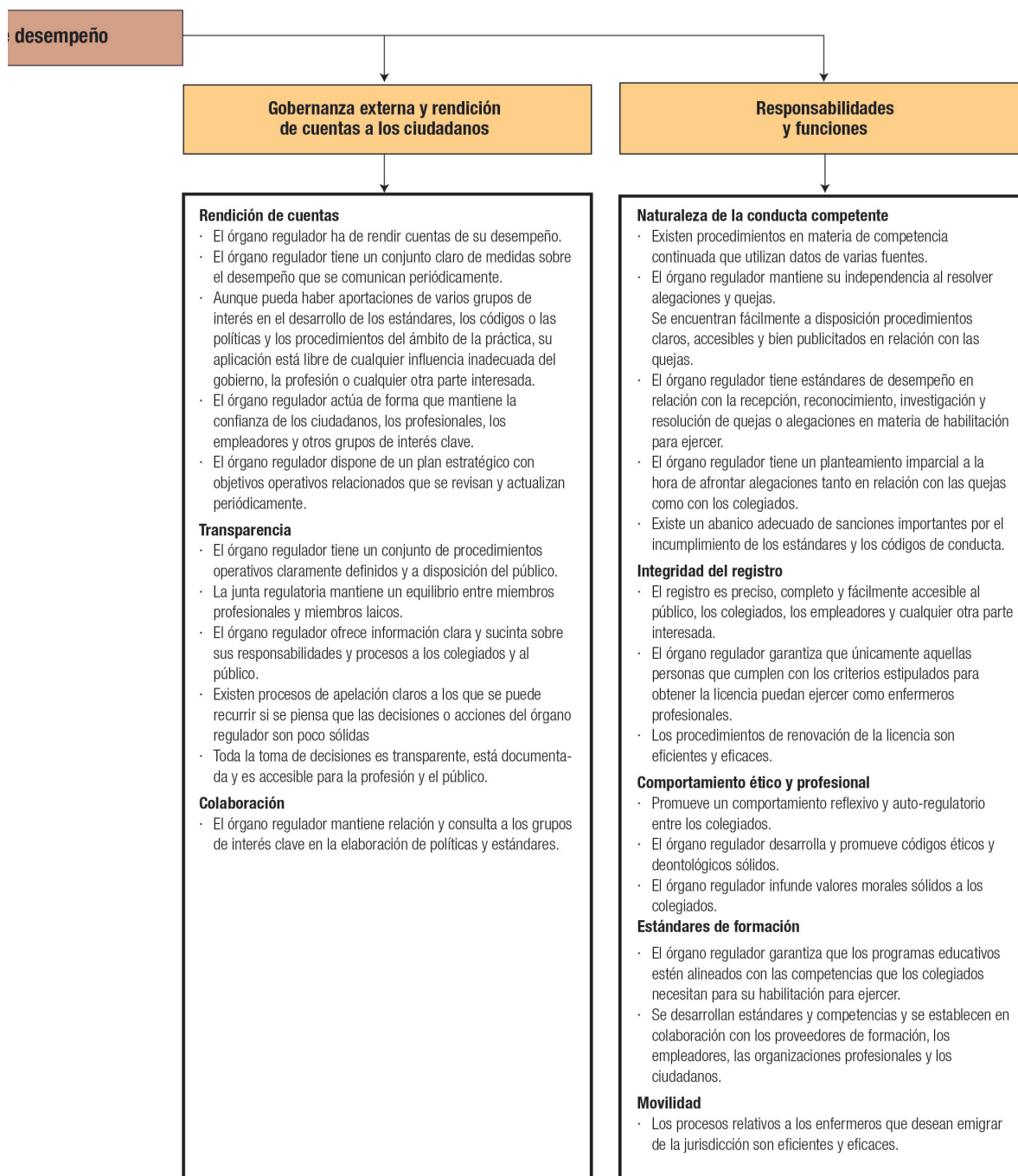
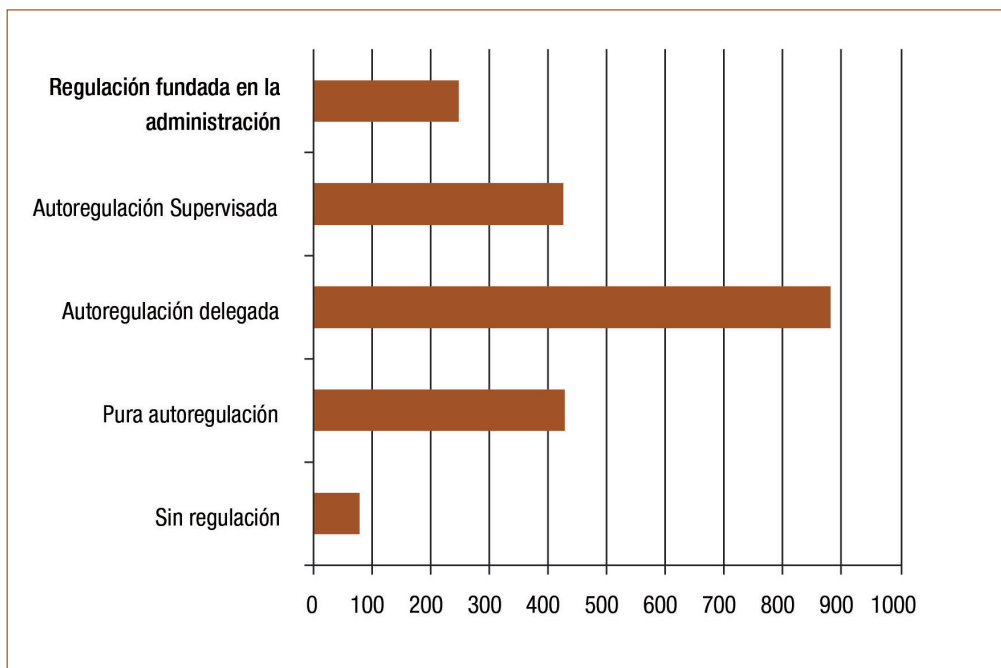


Tabla 27. Cinco características desde arriba por dimensión y posición agregada

Cinco desde arriba de deseabilidad	Cinco desde arriba de factibilidad	Cinco desde arriba de importancia	Cinco desde arriba de confianza	Cinco desde arriba de posición combinada
El órgano regulador actúa de forma que mantiene la confianza de los ciudadanos, los profesionales, los empleadores y otros grupos de interés clave.	El órgano regulador ofrece información clara y sucinta sobre sus responsabilidades y procesos a los colegiados y al público.	El órgano regulador actúa de forma que mantiene la confianza de los ciudadanos, los profesionales, los empleadores y otros grupos de interés clave.	El órgano regulador garantiza que únicamente aquellas personas que cumplen con los criterios estipulados para obtener la licencia puedan ejercer como enfermeros profesionales.	El órgano regulador garantiza que únicamente aquellas personas que cumplen con los criterios estipulados para obtener la licencia puedan ejercer como enfermeros profesionales.
El órgano regulador garantiza que únicamente aquellas personas que cumplen con los criterios estipulados para obtener la licencia puedan ejercer como enfermeros profesionales.	El órgano regulador garantiza que únicamente aquellas personas que cumplen con los criterios estipulados para obtener la licencia puedan ejercer como enfermeros profesionales.	El órgano regulador garantiza que únicamente aquellas personas que cumplen con los criterios estipulados para obtener la licencia puedan ejercer como enfermeros profesionales.	El órgano regulador desarrolla y promueve códigos éticos y deontológicos sólidos.	El órgano regulador actúa de forma que mantiene la confianza de los ciudadanos, los profesionales, los empleadores y otros grupos de interés clave.
El órgano regulador ofrece información clara y sucinta sobre sus responsabilidades y procesos a los colegiados y al público.	El órgano regulador identifica y promueve las mejores prácticas regulatorias.	El órgano regulador tiene recursos adecuados para permitir el cumplimiento de todas las responsabilidades.	Existe un abanico adecuado de sanciones importantes por el incumplimiento de los estándares y de los códigos de conducta.	El órgano regulador ofrece información clara y sucinta sobre sus responsabilidades y procesos a los colegiados y al público.
El órgano regulador mantiene relación y consulta a los grupos de interés clave en la elaboración de políticas y estándares.	El órgano regulador tiene acceso a asesoramiento experto relevante para apoyar sus procesos de toma de decisiones.	Existen procesos de apelación claros a los que se puede recurrir si se piensa que las decisiones o acciones del órgano regulador son poco sólidas.	El órgano regulador ofrece información clara y sucinta sobre sus responsabilidades y procesos a los colegiados y al público.	El órgano regulador mantiene relación y consulta a los grupos de interés clave en la elaboración de políticas y estándares.
El órgano regulador dispone de mecanismos para detectar y tratar solicitudes fraudulentas y solicitudes de verificación.	El órgano regulador desarrolla y promueve códigos éticos y deontológicos sólidos.	El órgano regulador mantiene su independencia al resolver alegaciones y quejas.	El órgano regulador actúa de forma que mantiene la confianza de los ciudadanos, los profesionales, los empleadores y otros grupos de interés clave.	Existe un abanico adecuado de sanciones importantes por el incumplimiento de los estándares y de los códigos de conducta.

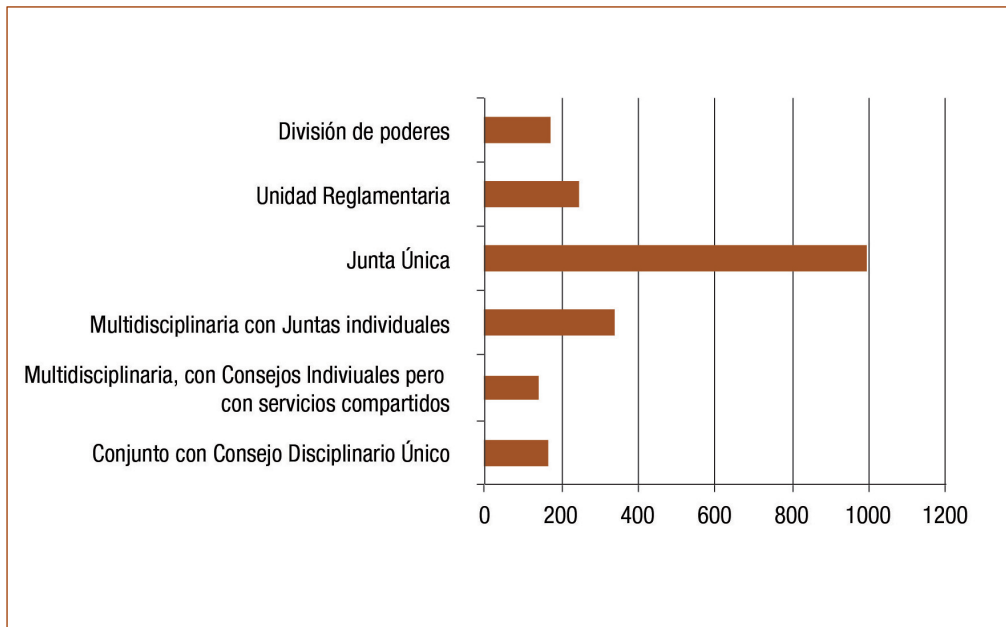
Tabla 28. Cinco características desde abajo por dimensión y posición agregada

Cinco desde arriba de deseabilidad	Cinco desde arriba de factibilidad	Cinco desde arriba de importancia	Cinco desde arriba de confianza	Cinco desde arriba de posición combinada
El órgano regulador interpreta la legislación de forma coherente y permisiva evitando así la necesidad de nueva legislación.	El órgano regulador infunde valores morales sólidos a los colegiados.	El órgano regulador interpreta la legislación de forma coherente y permisiva evitando así la necesidad de nueva legislación.	El órgano regulador comenta de forma rutinaria las reformas y los cambios de los sistemas sanitarios más amplios.	El órgano regulador interpreta la legislación de forma coherente y permisiva evitando así la necesidad de nueva legislación.
El órgano regulador comenta de forma rutinaria las reformas y los cambios de los sistemas sanitarios más amplios.	El órgano regulador interpreta la legislación de forma coherente y permisiva evitando así la necesidad de nueva legislación.	El órgano regulador comenta de forma rutinaria las reformas y los cambios de los sistemas sanitarios en sentido más amplio.	El órgano regulador infunde valores morales sólidos a los colegiados.	El órgano regulador comenta de forma rutinaria las reformas y los cambios de los sistemas sanitarios en sentido más amplio.
La junta regulatoria mantiene un equilibrio entre miembros profesionales y miembros laicos.	El órgano regulador comenta de forma rutinaria las reformas y los cambios de los sistemas sanitarios más amplios.	El órgano regulador tiene procesos coherentes con los de las demás disciplinas.	El órgano regulador interpreta la legislación de forma coherente y permisiva evitando así la necesidad de nueva legislación.	El órgano regulador infunde valores morales sólidos a los colegiados.
Los miembros de la Junta del órgano regulador están sujetos a una evaluación periódica del desempeño.	Los miembros de la Junta del órgano regulador están sujetos a una evaluación periódica del desempeño.	Elabora guías y reglas que apoyan el cambio en los sistemas de salud.	Los miembros de la Junta del órgano regulador están sujetos a una evaluación periódica del desempeño.	Los miembros de la Junta del órgano regulador están sujetos a una evaluación periódica del desempeño.
El órgano regulador tiene procesos coherentes con los de las demás disciplinas.	El órgano regulador tiene mecanismos para alinear sus sistemas de acreditación con otros organismos a la vez que contribuye a cumplir con su mandato.	La junta regulatoria mantiene un equilibrio entre miembros profesionales y miembros laicos.	Elabora guías y reglas que apoyan el cambio en los sistemas de salud.	Elabora guías y reglas que apoyan el cambio en los sistemas de salud.

Figura 29. Resumen de respuestas sobre los modelos regulatorios

Tal y como se aprecia en el gráfico a continuación, en general, los encuestados pensaban que una Junta Única probablemente era el modelo con mayor potencial para ofrecer las características de un órgano regulador de alto desempeño. Además, se pensó que los acuerdos multidisciplinarios con juntas individuales y servicios compartidos eran los que menos probabilidades tenían de lograr un alto nivel de desempeño. Sin embargo, los encuestados en sus respuestas de la segunda ronda del estudio Delphi realizaron pocos comentarios sobre su razonamiento tras la elección del planteamiento administrativo. La herramienta de la ronda final centró las preguntas para determinar los motivos tras la elección del planteamiento más adecuado para la característica específica.

Figura 30. Resumen de las respuestas relativas a los planteamientos administrativos



DATOS DE LA RONDA TRES – DEFINICIÓN DE REGULACIÓN

ENFERMERA PROFESIONAL

La primera sección de la Ronda Tres del estudio Delphi abordaba la definición de regulación profesional. Un total de 39 encuestados, a los que se pidió que comentaran libremente la definición redefinida y elaborada, cumplieron y entregaron el instrumento

No todos los encuestados comentaron todas las secciones del instrumento pero sí que surgieron una serie de puntos de la Tercera Ronda del Estudio Delphi en relación con la definición de regulación profesional de la enfermería:

- Se pensaba que el formato elaborado añadía bastante claridad a la definición.
- Se manifestaron distintas opiniones sobre la longitud de del texto. La mayoría de los encuestados pensaban que ésta era más o menos adecuada. Algunos pensaban que era demasiado larga y otros pensaban que se debía añadir más contenido.

- Tres encuestados solicitaron que se incorporara alguna referencia al papel autónomo del enfermero colegiado.
- Algunos encuestados indicaron que se podrían efectuar modificaciones para mejorar la estructura gramatical.

El investigador consideró atentamente los puntos anteriores y los comentarios detallados que los sustentan y efectuó una serie de cambios a la versión definitiva que se encuentra en la Figura 31. Algunos encuestados sí que efectuaron comentarios indicando que en su contexto local harían falta otras modificaciones para ajustar la definición a las especificidades del modelo jurisdiccional en cuestión, como por ejemplo: “*Nosotros no tenemos licensed practical nurses (enfermeros prácticos con licencia)*” (Encuestado 031).

DATOS DE LA RONDA TRES – REVISIÓN DE CARACTERÍSTICA DE UN ÓRGANO REGULADOR DE ALTO DESEMPEÑO

Dos ítems de los cuestionarios de la Ronda Dos contenían errores tipográficos y no lograron alcanzar los niveles predeterminados de consenso. Como resultado, se repitieron. Sin embargo, aunque uno de los ítems (*El órgano regulador infunde valores morales sólidos en los colegiados*) sí que alcanzó el nivel requerido de porcentaje de consenso positivo en los cuatro criterios – deseabilidad, factibilidad, importancia y confianza – el rango intercuartil de los criterios de factibilidad estaba por encima del nivel requerido de ≤ 1 , por lo que dicho ítem ha sido descartado del conjunto definitivo de medidas.

El segundo ítem que se repitió (*El órgano regulador interpreta la legislación coherentemente de forma permisiva evitando así la necesidad de nueva legislación*) no logró alcanzar el nivel de consenso ni el rango intercuartil preestablecido en dos de las medidas, es decir, la deseabilidad y la confianza, por lo que dicho ítem también ha quedado excluido del conjunto definitivo de medidas.

El cuestionario de la Ronda Tres en parte fue diseñado para verificar si las modificaciones introducidas como resultado de la retroalimentación de la Ronda Dos había permitido el consenso sobre la agrupación de las distintas características de un órgano regulador de alto desempeño de conformidad con un conjunto de temas. Tal y como se aprecia en la Tabla 29, tanto el porcentaje de consenso como los resultados del rango intercuartil indican que el nuevo planteamiento recibió una buena acogida.

Figura 31. Definición definitiva revisada y ampliada de regulación profesional de la enfermería

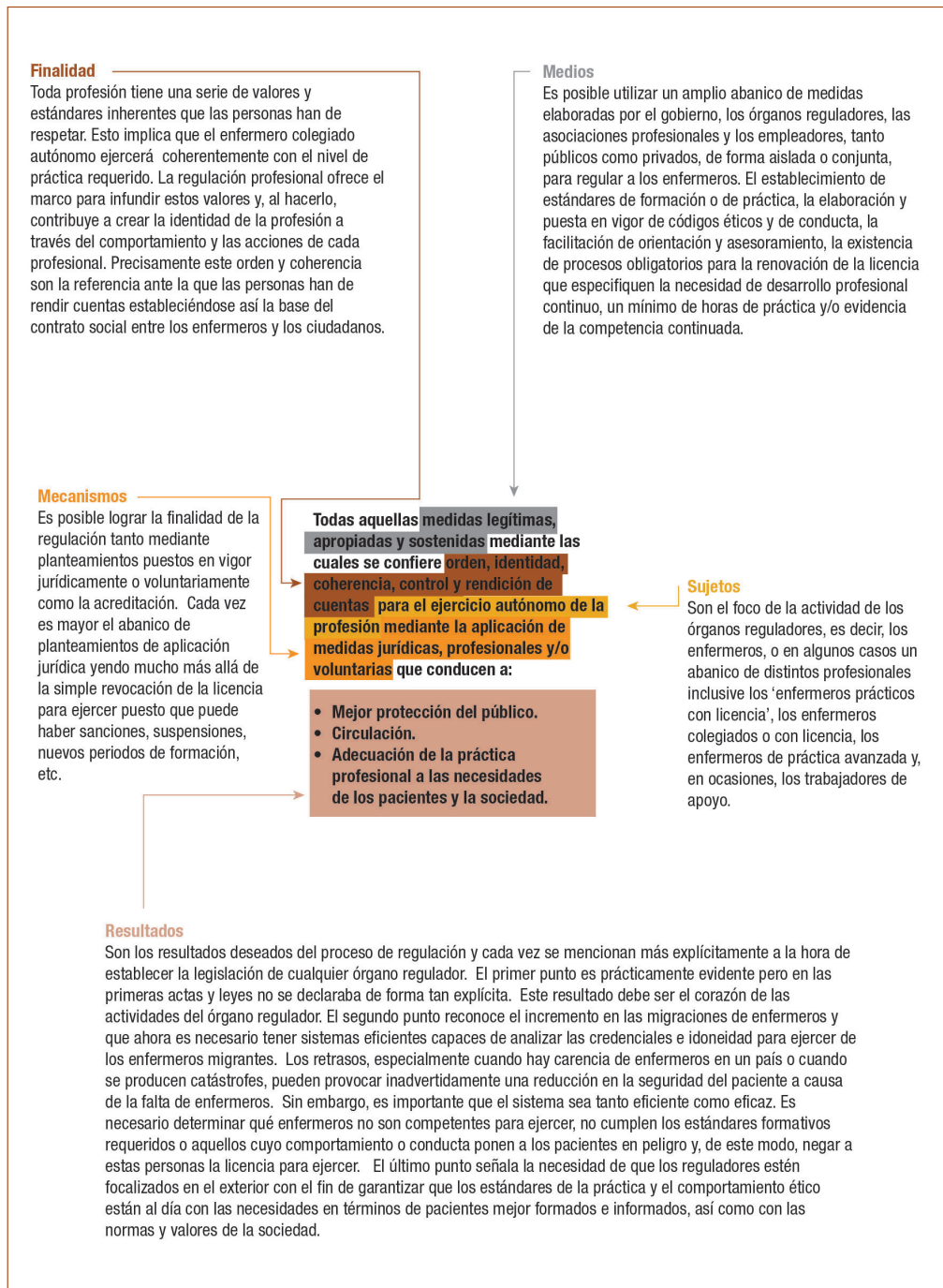


Tabla 29. Resultados cuantitativos relativos a la presentación temática de medidas de desempeño de la Ronda Tres

Afirmación	Respuesta	Frecuencia	Porcentaje Consenso+	Rango intercuartil	Mediana
La estructura contribuye a aclarar el foco de las características	Completamente e acuerdo	28	89,19	0	1
	De acuerdo	5			
	En desacuerdo	4			
	Completamente en desacuerdo	0			
Los títulos principales ofrecen una clasificación adecuada de las características (<i>Defensa de la Legislación y Capacidad de Respuesta, Gobernanza Interna y Organizativa, Gobernanza Externa y Rendición de Cuentas Pública, Responsabilidades y Funciones</i>)	Completamente de acuerdo	22	86,11	1	1
	De acuerdo	9			
	En desacuerdo	3			
	Completamente en desacuerdo	2			
Los subtemas ofrecen una clasificación adecuada de las características detalladas	Completamente de acuerdo	21	88,89	1	1
	De acuerdo	11			
	En desacuerdo	4			
	Completamente en desacuerdo	0			

No obstante un reducido número de encuestados (3) sugiriera alternativas a los temas presentados y una persona ofreciera una reordenación de los subtemas, no hubo una opinión consistente y por tanto no se realizaron más cambios a parte de la eliminación de las dos afirmaciones que no alcanzaban el nivel preestablecido de consenso, tal y como se muestra en el mapa definitivo presentado en la Figura 32.

DATOS DE LA RONDA TRES – REVISIÓN DE MODELO DE REGULACIÓN Y ACUERDOS ADMINISTRADOS ASOCIADOS

Los encuestados parecieron tener muchas dificultades para ofrecer comentarios críticos sobre los temas por separado. Se reiteraron algunas observaciones sobre la importancia de varias de las características pero en general los encuestados no lograron extenderse sobre si un determinado modelo o planteamiento administrativo sería más adecuado para alcanzar el aspecto descrito.

Sin embargo, sí que hubo una postura que mantuvieron coherentemente siete encuestados distintos, tal y como se ilustra en los comentarios a continuación:

Una junta única bien definida con una finalidad clara y recursos adecuados parece ser el planteamiento administrativo más eficiente.

(Encuestado 034, Regulador Gubernamental)

Aunque la existencia de juntas multidisciplinarias es común en algunos países, que yo sepa no sirven a los ciudadanos mejor que cualquier junta única. La rendición de cuentas de una junta única es clara puesto que es específica para la profesión y tiene una combinación de miembros de dicha profesión y ciudadanos. Es cierto que en la sanidad se espera que todos los profesionales trabajen juntos en equipos focalizados en prestar cuidados centrados en el cliente/familia, pero lo hacen con competencias, roles y rendiciones de cuentas específicos, que son las responsabilidades que cada profesión ha de articular, promover y garantizar que se aplican en todo momento.

(Encuestado 066, Formador)

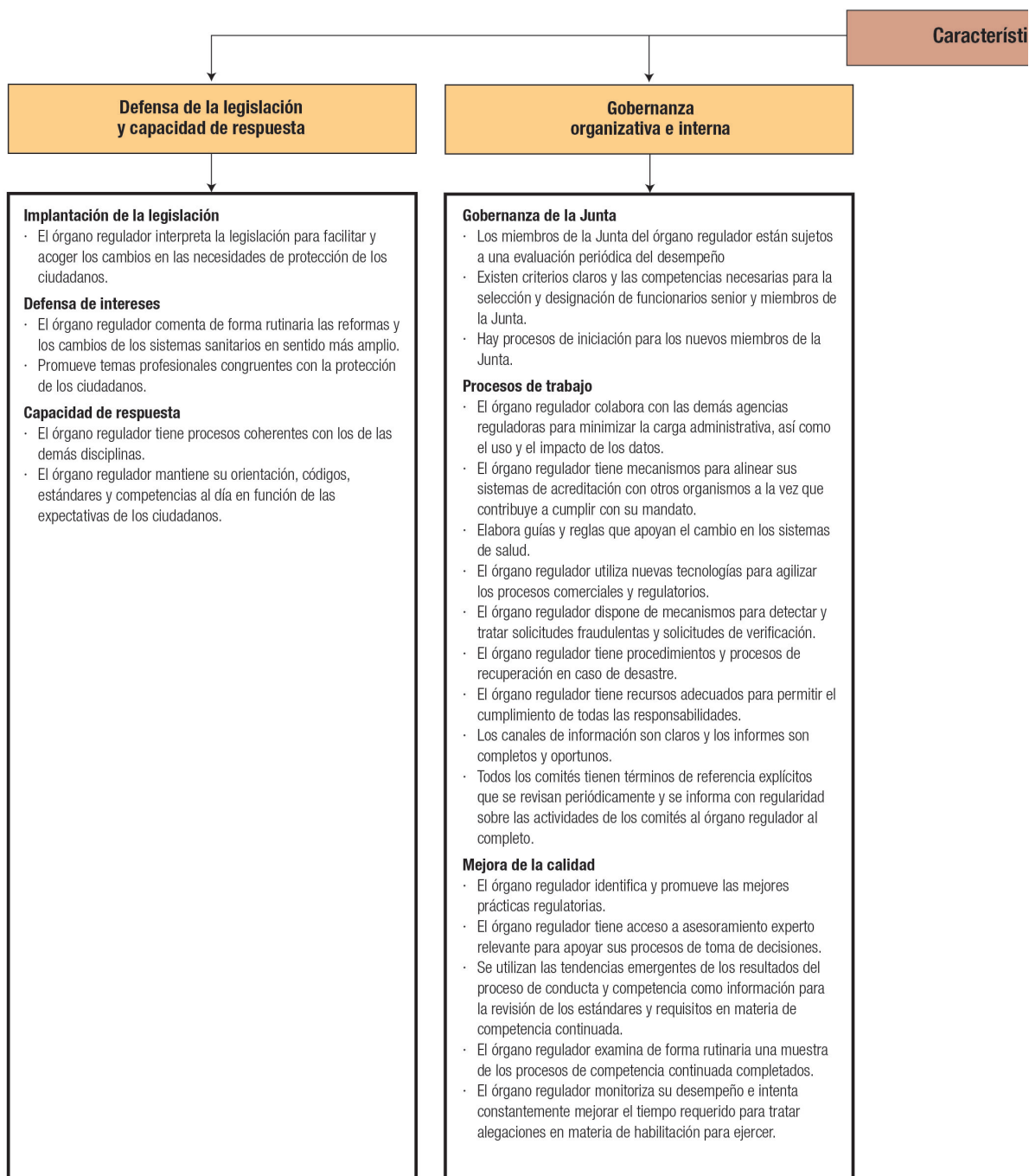
A pesar del razonamiento aparente, la eficiencia y un mejor servicio a los ciudadanos, todos los encuestados limitaron la veracidad de sus posturas introduciendo un grado de incertidumbre tal y como se desprende de las palabras incorporadas a la investigación en las citas anteriores.

Asimismo, se sacaron a colación una serie de puntos generales que también indicaban un cierto grado de incertidumbre:

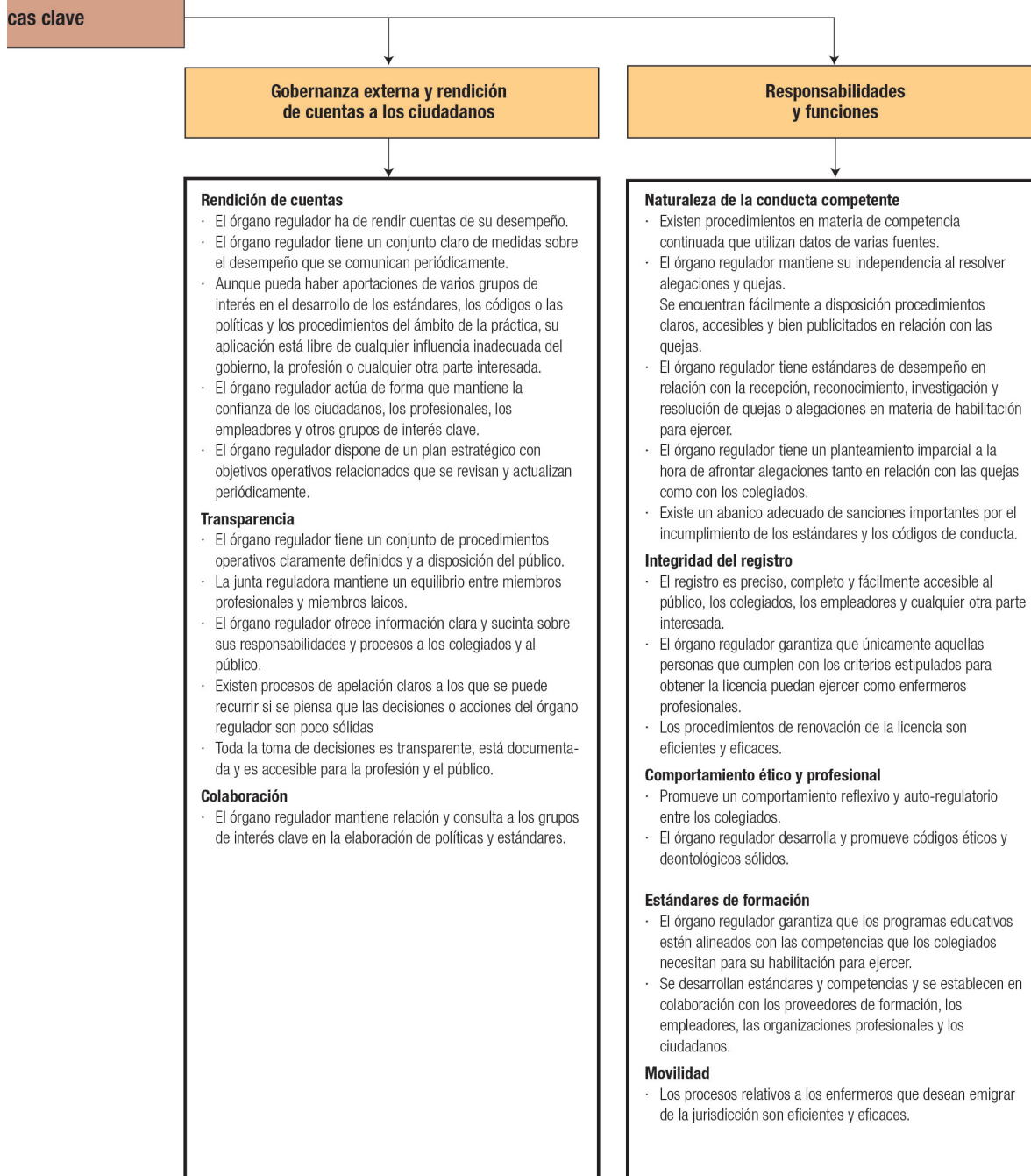
Creo que es muy difícil de analizar sin tener la oportunidad de debatir la cuestión con colegas con experiencia en los distintos modelos. En mi opinión, el modelo que a menudo tenemos es el resultado de la ideología del gobierno más que de ninguna evidencia explícita en términos de eficiencia o eficacia. A menudo creo que es así cómo han evolucionado las cosas.

(Encuestado 015, Regulador gubernamental)

Figura 32. Mapa temático definitivo de las 47 afirmaciones cl



ve en relación con los órganos reguladores de alto desempeño



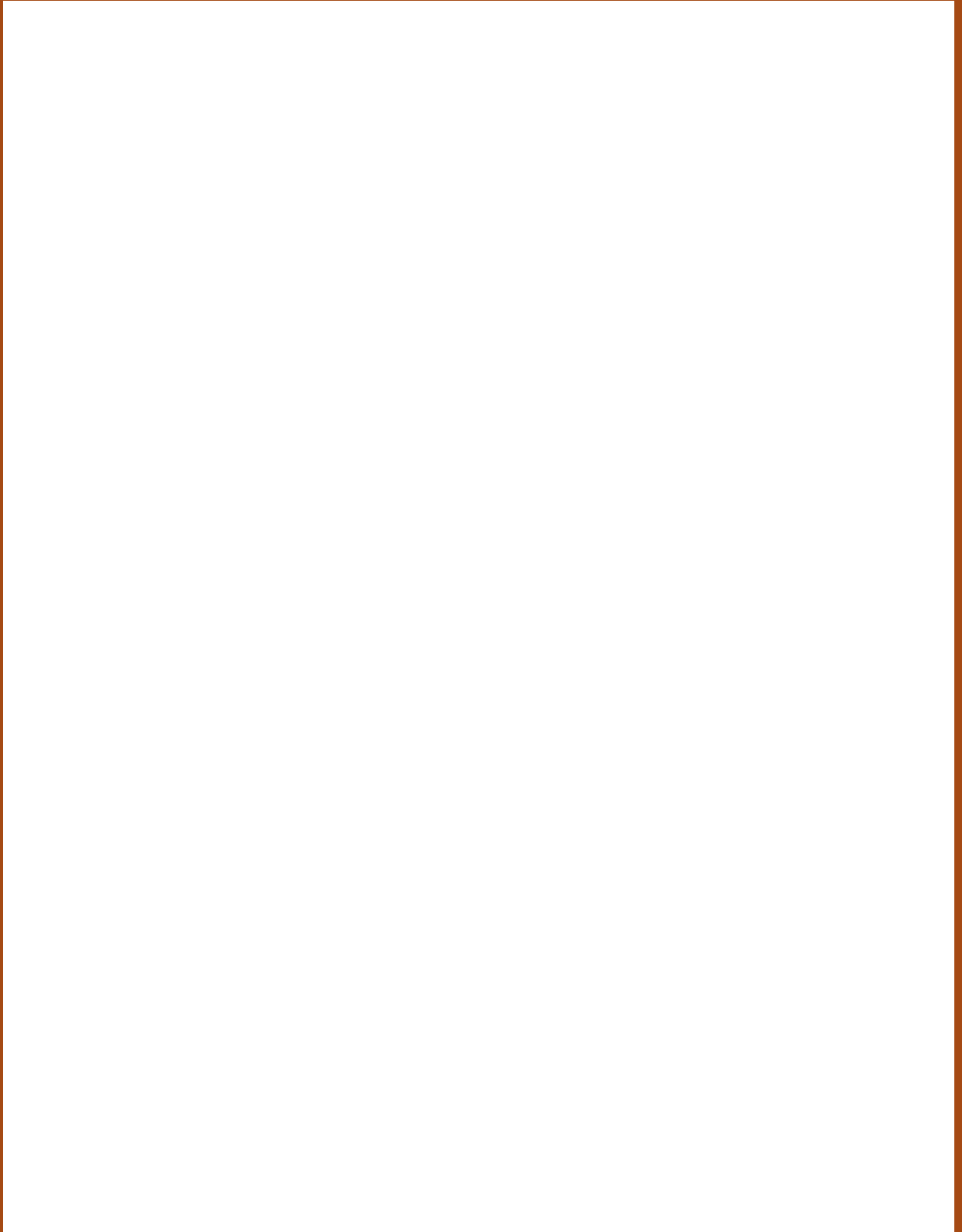
Al analizar los resultados de la Ronda Dos, no puedo evitar preguntarme si hay un sesgo parcial puesto que los encuestados en general, siendo yo uno de ellos, han defendido el modelo de auto-regulación. Con pocas palabras, ¿se trata de un producto de marketing profesional? Como hay tan pocas personas con experiencia en los distintos modelos, me preocupa que simplemente hayamos respondido en función de aquello que mejor conocemos. Quizá sea necesaria más investigación que reúna presencialmente a distintos expertos de forma que podamos explorar sistemáticamente las distintas características. Creo que así obtendríamos ideas mucho más claras.

(Encuestado 040, Persona laica)

En mi opinión (auto-regulación delegada) incorpora las mejores dimensiones en términos de protección de los ciudadanos pero, repito, no conozco ninguna investigación concluyente que haya medido la eficacia de los distintos modelos.

(Encuestado 026, Asociación Profesional)

Estos comentarios parecen fortalecer las conclusiones alcanzadas en la investigación al examinar la literatura sobre este tema, es decir, que el campo de la regulación profesional está muy descuidado y requiere más investigación.



CAPÍTULO 5 DISCUSIÓN

EXPLORACIÓN DE UN MARCO COMPARATIVO INTERNACIONAL SOBRE LA REGULACIÓN DE LA PRÁCTICA ENFERMERA

La muestra aleatoria estratificada para este estudio ha sido diseñada al objeto de maximizar la diversidad pero manteniéndola en límites manejables (Figura 26). Para ello, ha sido necesario llegar a algunos compromisos puesto que algunas variables eran más comunes que otras, lo cual ha provocado que las subcategorías de las distintas variables queden distribuidas desigualmente

El investigador, basándose en su amplio conocimiento de la información jurisdiccional a disposición y guiado por los principales atributos de interés, ha podido elegir grupos de jurisdicciones con características similares utilizando una muestra aleatoria estratificada.

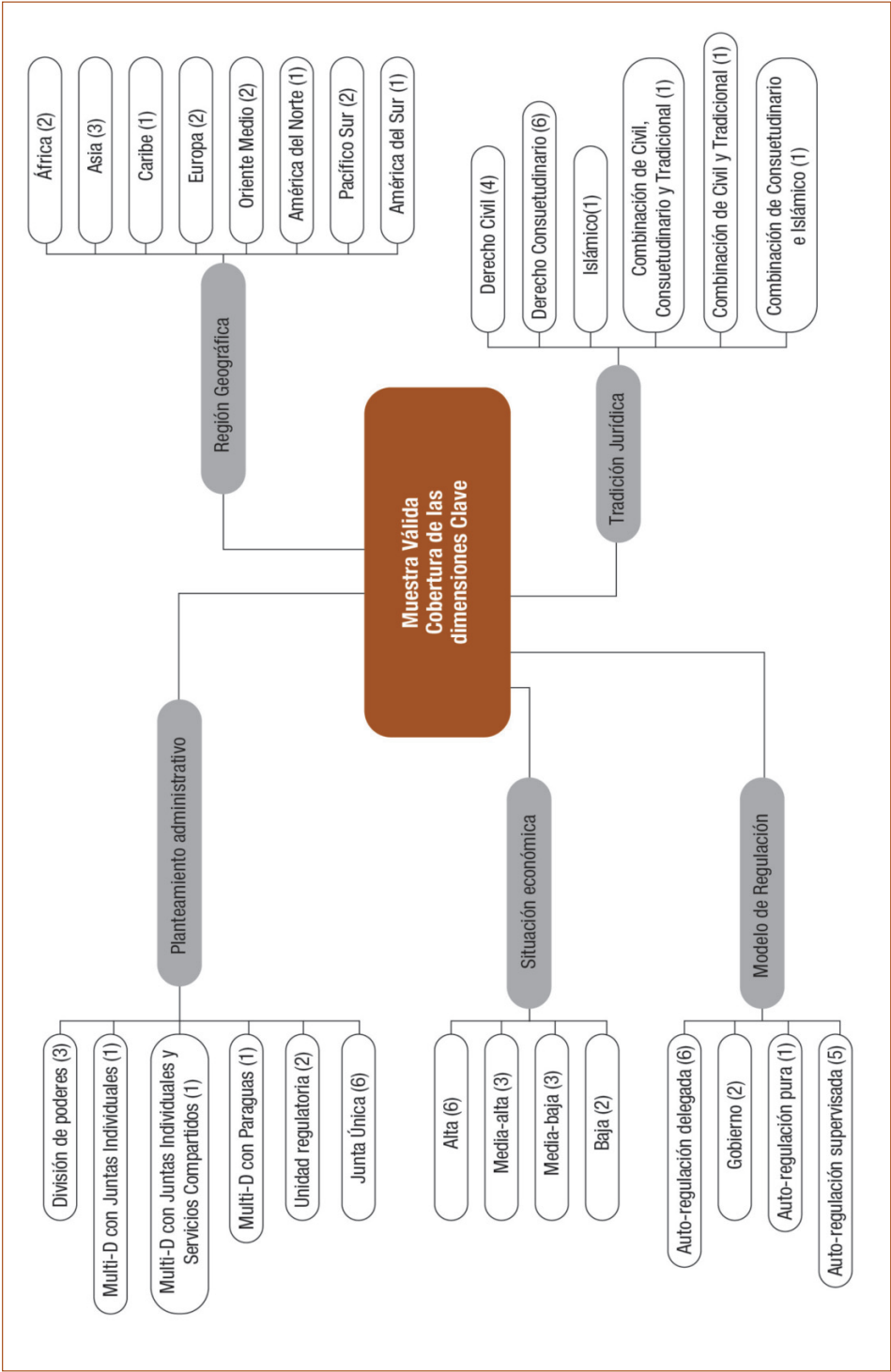
- Por ejemplo, tanto Estados Unidos como Canadá tienen subsistemas nacionales y, en consecuencia, poder para regular a los profesionales sanitarios que residen a nivel estatal/Territorial/Provincial. El Banco Mundial incorpora Estados Unidos y Canadá en la misma categoría como economías de renta alta y ambos países tienen tradiciones jurídicas enraizadas en los planteamientos del derecho consuetudinario. A pesar de estas similitudes, también hay diferencias entre los distintos estados y provincias, como por ejemplo en el grado de autonomía que se concede al Consejo, su radio de acción, el grado de supervisión y el punto hasta el que la regulación de la enfermería está integrada con la de otras disciplinas.
- Asimismo, es bien sabido que las históricas relaciones de poder han tendido a modelar la arquitectura regulatoria y numerosos nuevos países han heredado la legislación del momento al alcanzar su independencia respecto a sus maestros colonizadores. Sin duda, esta influencia histórica se puede apreciar en muchos de los países de la antigua Commonwealth Británica en los que la legislación inicial se modeló sobre la base de leyes existentes de aquel tiempo. Por ejemplo, la legislación india vigente a nivel federal aún hoy día tiene el mismo planteamiento y estructura utilizados en la legislación del Reino Unido en vigor a mediados de los años cuarenta del siglo pasado. De manera similar, el último avance de la auto-regulación profesional en Francia, que entró en vigor en supuesto que muchos de los países que en el pasado estuvieron gobernados por este país tengan en la actualidad escasa legislación o nula.

- Estos lazos coloniales históricos no encajan bien con el atributo regional utilizado para analizar los datos del presente estudio. Por ejemplo, en el Caribe existen numerosos lazos coloniales históricos, holandeses, franceses, españoles e ingleses. Lo mismo cabe afirmar de África pero añadiendo los lazos con Portugal. En la actualidad ninguno de los países africanos portugueses tiene legislación enfermera en vigor (OMS Región África, 2012). Teniendo este dato en cuenta, quizá sea importante recordar que se están formando nuevos grupos de relaciones de poder que no se basan en lazos coloniales sino posiblemente en nuevas relaciones comerciales. Cuando un país solicita la afiliación de un grupo comercial regional a menudo tiene que revisar y ajustar su legislación para cumplir con una serie de principios generales. Quizá la Unión Europea sea el caso más claro en este sentido. Hay otros grupos comerciales que están evolucionando y en el caso de la enfermería todos estos acuerdos (por ejemplo los desarrollados en el Caribe bajo los auspicios del CARICOM, en Asia en función del acuerdo ASEAN y, en menor medida, acuerdos emergentes en la Comunidad Colaborativa del Golfo (GCC) han de tenerse en cuenta en cualquier futura investigación. Asimismo, cabe destacar que cualquier acuerdo comercial que se alcance tras la legislación vigente sobre enfermería no se puede incluir directamente en la ley enfermera existente. Por ejemplo, la actual ley de enfermería de Jamaica no reconoce el sofisticado abanico de acuerdos que se han implantado en relación con un examen común de enfermería, un código ético compartido, un planteamiento conjunto en materia de deontología y actuaciones penales y estándares centrales de la práctica. La base de estos acuerdos se encuentra en un marco legislativo del CARICOM similar al proceso de transposición de la Unión Europea implantado a través de legislación separada por parte de los países firmantes del acuerdo (Ministerio de Justicia de Jamaica 1988, 19997).

La Figura 33 pone de manifiesto la desigual distribución de las subcategorías relativas a las variables de interés. Es algo que cabía esperarse y que se correlaciona bien con la distribución de la frecuencia de las subcategorías en el total de población. Sin embargo, en algunos casos se utiliza un único ejemplo como representativo de la subcategoría de la variable de interés. De esta forma se corre el riesgo de haber seleccionado un ejemplo atípico y que, como resultado, los descubrimientos efectuados pudieran ser anómalos.

A pesar de esta debilidad potencial, podría parecer que la muestra aleatoria estratificada y el análisis asociado ha llevado a un marco comparativo de temas relativamente completo (Figura 25). Sin duda es cierto que algunos de los temas que se desprenden del análisis tienen pocos ejemplos codificados en los nodos pero, a pesar de ello, ha sido posible realizar dos evaluaciones adicionales específicas respecto a la fiabilidad, validez y completación del marco.

Figura 33. Desglose de la muestra aleatoria estratificada de fuentes comparada con los atributos clave



En primer lugar, en el plazo de dos semanas, las fuentes brutas sin codificar (leyes, decretos y actas) se recodificaron partiendo desde cero para valorar las diferencias entre la codificación anterior y posterior. La naturaleza evolutiva de los códigos impedía lograr resultados idénticos pero el planteamiento ha ofrecido un itinerario de auditoría útil para trazar el desarrollo y la evaluación de los códigos. A lo largo de este proceso se han documentado algunas memorias cuya finalidad principal era registrar ideas sobre el desarrollo del marco analítico, así como pensamientos iniciales sobre la relación que los códigos guardan entre sí. El marco completo contenido en la Figura 25 en la sección de resultados ha sido el producto de esta comprobación adicional de la fiabilidad del análisis.

En segundo lugar, al aplicar este marco comparativo desarrollado a análisis publicados de legislación realizados por el Consejo Internacional de Enfermeras (1986), se ha efectuado un análisis de la legislación enfermera de base estatal y territorial australiana según Adrian (2006) y de una serie de documentos publicados por el National Council of State Boards of Nursing (NCSBN 2011^{b-9}) y una prueba de saturación, validez y claridad de los nodos. Como todos los datos a los que se hace referencia en estos estudios también se pueden codificar en los temas contenidos en la Figura 25 es razonable llegar a la conclusión de que se ha logrado la saturación del marco y, debido a la congruencia del contenido, que también hay validez de aspecto. Sin embargo, a causa de importantes debilidades metodológicas presentes en todos los estudios citados (ninguno de ellos facilita una definición completa de los términos utilizados) no es posible realizar una declaración conclusiva sobre la claridad de los nodos. En consecuencia, es importante resaltar que esta cuestión se vuelve a abordar en la siguiente sección relativa al léxico de términos. No obstante, el trabajo efectuado en este análisis ha ampliado considerablemente el marco utilizado para describir la “Ley Modelo” publicada por el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE, 2007b) y el mapa legislativo incluido en la publicación de Benton y Morrison (2009b) sobre El rol y la identidad del regulador.

EXPLORACIÓN DE LOS ATRIBUTOS CLAVE

Esta investigación no ha sido diseñada para determinar las correlaciones estadísticas entre los atributos y la estructura de la legislación en sentido definitivo y predictivo puesto que se ha utilizado un planteamiento exploratorio para determinar y describir relaciones potenciales que pueden ser la base de futuros estudios. Para facilitar una declaración definitiva sobre si existen relaciones estadísticas significativas sería necesario usar una muestra mucho mayor así como un planteamiento metodológico cuantitativo, quizá apoyado por una regresión lógica.

El examen del marco completo sí que ha identificado una serie de nodos (temas) que parecen verse influidos por los atributos – región geográfica, tradición jurídica, planteamiento administrativo, modelo regulatorio y situación económica. Sin embargo, hay

que ser muy cautos a la hora de extraer conclusiones de estas observaciones. Puesto que se ha utilizado una muestra aleatoria estratificada relativamente pequeña, es necesario reconocer que estas relaciones potenciales podrían ser el resultado de una variación aleatoria.

Asimismo, dos de las fuentes utilizadas en este estudio, la legislación de Australia y Nueva Zelanda, compartían mucha similitudes y por tanto hay que reconocer que esto puede tener más que ver con algunas características adicionales como la presencia del acuerdo Trans-Tasman (acuerdo jurídico bilateral entre estos dos países dirigido a facilitar la circulación de personas entre ellos) y el consiguiente intercambio regular de formadores y funcionarios que a menudo participan en la redacción y revisión de la legislación.

Es necesario seguir examinando estos atributos clave para obtener un resultado más definitivo sobre si existen relaciones, así como su direccionalidad y fortaleza. Algunos atributos serán más fáciles de analizar que otros. Por ejemplo, el Banco Mundial examina con regularidad la situación económica de país y publica datos tanto numéricos como gráficos (Figura 34).

También se encuentran fácilmente datos similares sobre las tradiciones jurídicas dominantes en las jurisdiccionales (Figura 35). Sin embargo, en el caso de las regiones geográficas algunos países no siguen una definición estrictamente espacial de su ubicación sino que en ocasiones se consideran parte de varios grupos geográficos o comerciales. Asimismo, los otros dos atributos considerados “Planteamiento Administrativo” y “Modelo Regulatorio” deberían ser objeto de otra investigación básica para categorizar las jurisdicciones puesto que el planteamiento utilizado en este estudio aún no se ha aplicado a toda la población de jurisdicciones.

Considerando estas observaciones, es apropiado recomendar la realización de más estudios que evalúen y categoricen sistemáticamente todas las jurisdicciones sobre la base de los planteamientos adoptados en este estudio con el fin de desarrollar otros dos mapas mundi, uno sobre el “Planteamiento Administrativo” y otro sobre “Modelos Regulatorios”. Estos mapas junto con los de “Situación Económica” y “Tradición Jurídica” se podrían utilizar como base de un estudio cuantitativo sobre la presencia, direccionalidad y fuerza del impacto de estos atributos en el contenido de las leyes.

Como alternativa, se podrían seguir analizando y ampliando las posibles relaciones añadiendo otros ejemplos jurisdiccionales estratificados y seleccionados aleatoriamente. La realización de este análisis adicional permitiría confirmar o refutar la existencia de las proposiciones.

Figura 34. Grupos de países según definición del Banco Mundial (2012)

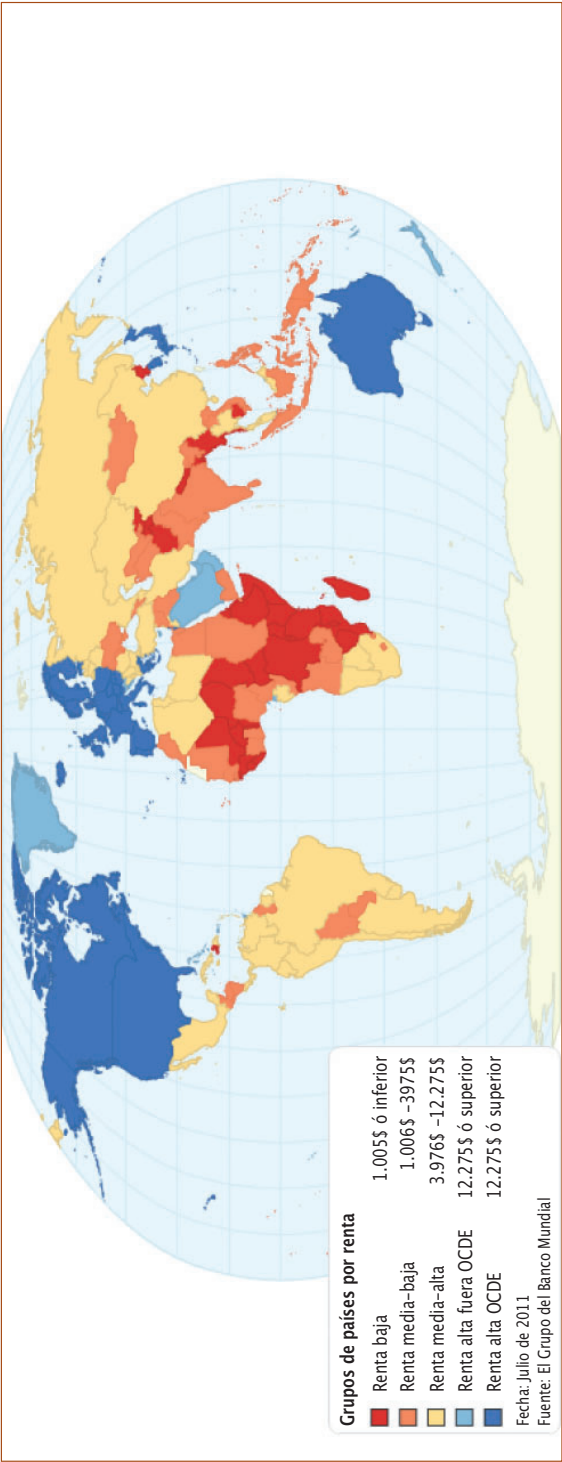
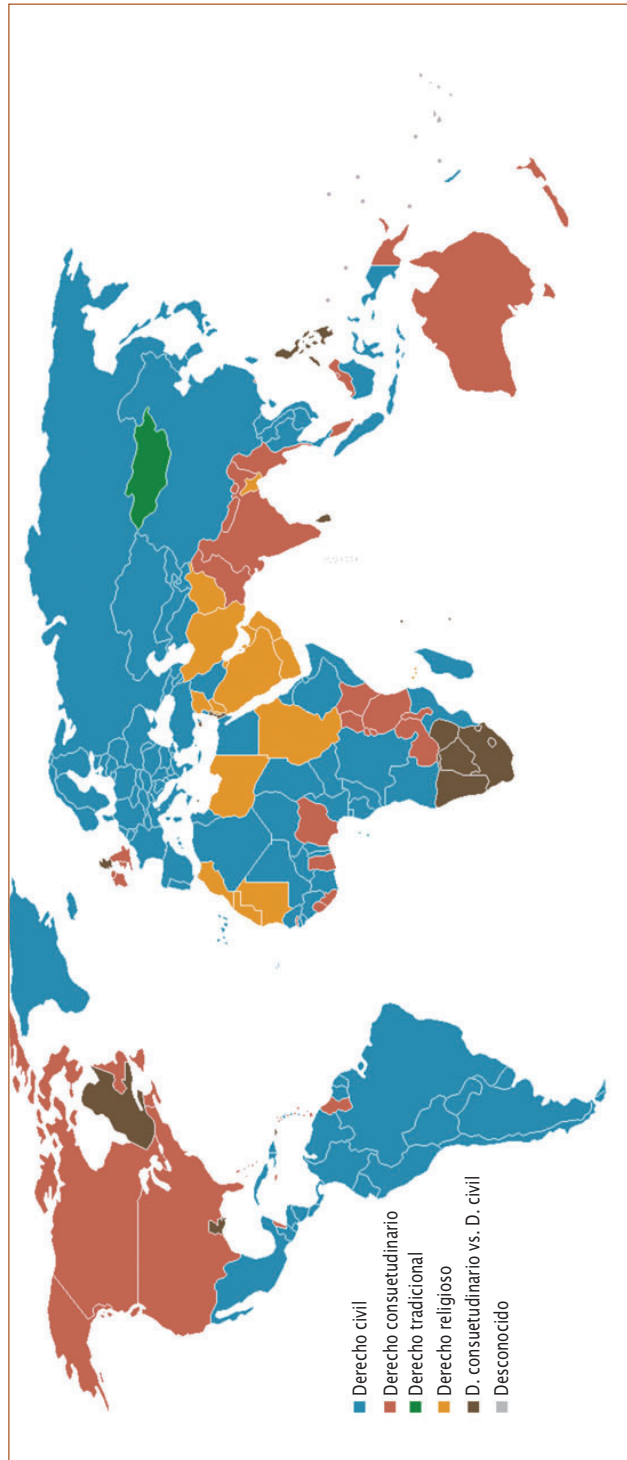


Figura 35. Tradición jurídica dominante de los países. Blackman y Srivastavan (2011).
(Para más detalles véase Anexo 12)



En algunos casos las proposiciones eran relativamente sencillas y se podían comprobar fácilmente. Por ejemplo, el investigador ha determinado la existencia de una relación aparente en términos de Región Geográfica en los países del “Pacífico Sur”. Sin embargo, esto no tiene por qué estar relacionado con la geografía de la jurisdicción sino con otras variables aún por identificar. Al comprobar los demás atributos clave y considerar otros ejemplos de la región como por ejemplo la jurisdicción de Kiribati o cualquiera de las otras jurisdicciones del área se podría realizar una exploración más detallada del efecto “Pacífico Sur”.

En algunos nodos pueden existir relaciones mucho más complejas y dependientes que serían más difíciles de investigar. Por ejemplo, en relación con el nodo “Definiciones”, considerando los descubrimientos presentados en la sección de resultados de esta tesis, se podría formular una única proposición o hipótesis objeto de mayor estudio, como por ejemplo:

Jurisdicciones del Pacífico Sur, América del Norte y el Caribe que operan en función de la tradición del derecho consuetudinario y su legislación se ha desarrollado en el ámbito de un planteamiento administrativo con una junta única multidisciplinaria con o sin servicios compartidos que es muy probable que tengan numerosas ‘Definiciones’ en su legislación enfermera.

Esta proposición se podría demostrar identificando más legislación que cumpla estas condiciones. Por ejemplo, tanto en Canadá como en Estados Unidos hay numerosas jurisdicciones puesto que la regulación enfermera se realiza a nivel Estatal/Territorial/Commonwealth o Provincial. Las jurisdicciones ubicadas en América del Norte tienen ingresos altos, al igual que la mayoría de la tradición del derecho consuetudinario, y algunas han desarrollado legislación que aplica el planteamiento de Junta Única multidisciplinaria. En consecuencia, si la proposición fuera cierta entonces la codificación de la legislación debería producir un perfil de codificación similar al que ya se ha descrito.

LÉXICO DE TÉRMINOS

El Anexo 8 contiene un léxico completo de términos utilizados para describir los nodos que forman el marco completo. Cuando se han definido posibles términos que cumplen con el formato de estructura (Scheffler, 1968) éstos se han utilizado incorporando una referencia a la fuente en la definición facilitada en el Anexo 8.

Varios investigadores han resaltado la problemática de no hacer un uso consistente de términos puesto que los enfermeros son un grupo bastante móvil que a menudo pretende que se reconozca su cualificación en una jurisdicción distinta de aquella donde se colegiaron inicialmente (Pew Health Professions Commission 1995a,b; Casey, 2008; Benton y Morrison, 2009a,b). Sin embargo, a pesar de la importancia del tema, se encuentran deficiencias en los actuales léxicos de términos por toda una serie de motivos (Benton et al., 2013).

El actual léxico del CIE (2005) ofrece una lista limitada de términos técnicos (92 definiciones) y en algunos casos contiene varias definiciones de un mismo término como por ejemplo en el caso de “Práctica Enfermera Avanzada existen cuatro versiones y en total 42 de las 92 definiciones tienen varias versiones (46%). Asimismo, el léxico del CIE (2005) tiende a centrarse en las responsabilidades profesionales y la función reguladora y cubre solo mínimamente términos administrativos, de gobernanza y de formación en sentido más amplio.

La International Confederation of Midwives, CIM, (2011) también ha elaborado un glosario de términos con 73 definiciones. Cada una de ellas se subdivide potencialmente en tres partes: *Definiciones Genéricas Utilizadas en los documentos de la CIM*, *Glosario de Términos Específicos sobre Regulación de la CIM* y *Glosario de Términos Específicos sobre Educación de la CIM*. Únicamente dos definiciones tienen las tres partes completas pero en estos casos el segundo y el tercer elemento son específicos como por ejemplo en el caso de *Evaluación*, véase Tabla 30. Además, el valor de este glosario es limitado porque parecería que estas definiciones están dirigidas únicamente a los documentos de la CIM y no como en el caso del CIE donde la intención es informar al gobierno y a quienes desean influir en la legislación por sí mismos.

Tabla 30. Ejemplo tomado de la CIM (2011) Glosario de Términos

Evaluación	
Definiciones genéricas utilizadas en los documentos de la CIM	Proceso/procedimiento sistemático de recopilación de datos cualitativos y cuantitativos para medir, valorar o evaluar el desempeño en función de resultados o competencias especificados.
Glosario de términos específicos sobre regulación de la CIM	<u>Evaluación de la práctica de las matronas</u> : procedimiento sistemático de recopilación de datos cualitativos y cuantitativos para evaluar el desempeño, el progreso o las decisiones/acciones prácticas en relación con estándares y/o competencias.
Glosario de Términos Específicos sobre Educación de la CIM	<u>Evaluación del aprendizaje de los estudiantes</u> : procesos utilizados para evaluar el desempeño y el progreso en la consecución de resultados del aprendizaje y demostración de las competencias requeridas.

Del análisis de las definiciones se desprende una serie de asuntos más específicos como por ejemplo que el reconocimiento mutuo se afronta de manera inadecuada tanto en las secciones correspondientes de la ley como en términos de precisión en la defini-

ción. La Organización Mundial del Comercio (2012) ha facilitado una lista completa de términos asociados al comercio y el reconocimiento mutuo que se puede utilizar para ayudar a garantizar la coherencia de los términos utilizados en las leyes jurisdiccionales de enfermería y en las áreas relacionadas.

La sección de resultados sobre “Responsabilidades y Funciones” deja clara la existencia de variaciones considerables en el nivel de preparación educativa, los procesos institucionales y los medios utilizados para la acreditación. El léxico de términos del CIE (2005) sí que ofrece un abanico de definiciones pertinentes pero, con los últimos avances como los relativos a los acuerdos de Lisboa y Bolonia y el proceso Tuning (ministerio de Educación e Investigación, 2005), parece oportuna una revisión de los términos relativos a la educación. La necesidad de esta revisión quizá se vea reforzada por las observaciones realizadas por el sector de la formación superior que a menudo se ve frustrado por la falta de coherencia entre el uso de términos por parte del ámbito de la formación superior y los órganos reguladores profesionales estatutarios (Higher Education Better Regulation Group, 2011a). De hecho, los datos de un estudio de Reino Unido el sector de los estudios superiores ha resaltado que tratan con 139 órganos reguladores profesionales estatutarios que utilizan distintas terminologías a menudo para los mismos temas o asuntos similares (Higher Education Better Regulation Group, 2011b).

El Council on Licensure, Enforcement and Regulation (CLEAR, 2010) y la National Organisation for Competence Assurance (Durley, 2005) han elaborado un glosario de términos. En el caso del glosario de CLEAR (2010) la información se ha buscado en fuentes internacionales y éstas van más allá que las de enfermería teniendo en cuenta así material de otras disciplinas reguladas. El trabajo de Durley (2005), sin embargo, tiene un foco mucho más estrecho sobre la acreditación, que es un subconjunto del material cubierto en esta investigación. A pesar de estas debilidades tanto CLEAR (2010) como Durley (2005) facilitan ejemplos de una característica importante que es necesario incluir en cualquier léxico de términos y sinónimos completo

Antes de resumir los puntos anteriores es importante reiterar un descubrimiento específico realizado en la presente investigación. En la actualidad, hay un porcentaje significativo de términos “definidos” en la legislación existente que carece de precisión y a menudo confía en una definición estipulada, 42%, o una definición circular, 36%. Únicamente en una de cada cinco definiciones se utiliza un formato lexical. En otros sectores se puede encontrar orientación sobre la elaboración de definiciones que faciliten el intercambio de información. La Organización Internacional de Normalización (2004), aunque dirigida al sector de la tecnología de la información, ofrece orientación útil que se podría utilizar para mejorar la claridad de los términos y los procesos. No obstante la guía completa sea larga, los puntos clave útiles en este contexto son que una definición debe:

- Estar formulada en singular.
- Afirmar lo que el concepto es y no únicamente lo que no es.

- Utilizar estilo de diccionario, es decir, una frase(s) descriptiva(s) pero sin un artículo introductorio (un, el, etc.).
- Contener únicamente abreviaturas comúnmente aceptadas.
- Estar expresada sin definiciones integradas de otros conceptos subyacentes sino haciendo referencia a la familia del término si procede.
- No incluir el término o sus sinónimos, abreviaturas u otras formas (sustantivo en lugar de verbo) en la definición.
- Poder mantenerse sola. Las motivaciones, el uso funcional y los ejemplos deben estar en notas orientativas o material educativo.

Al resumir todos estos puntos teniendo en cuenta la necesidad de proporcionar claridad internacional en los términos se propone que el Consejo Internacional de Enfermeras revise urgentemente su actual léxico de términos. Este trabajo debe basarse en los descubrimientos de esta investigación, incrementar el material con las fuentes encontradas anteriormente, estar guiado por los criterios establecidos por la Organización Internacional de Normalización (2004) y utilizar un formato de definición para todos los términos y procesos. Cuando existan sinónimos, estos se deben indicar claramente. El CIE podría utilizar seguidamente el nuevo documento para promover cambios normativos en la futura legislación en materia de regulación, ofreciendo así un medio para proteger mejor a los ciudadanos y estandarizar el proceso de reconocimiento de credenciales entre fronteras jurisdiccionales.

Este léxico de términos actualizado debería promoverse:

- Como medio para facilitar una evaluación oportuna de solicitantes que desean ejercer en una jurisdicción distinta a aquella en la que recibieron su formación y su licencia para ejercer iniciales.
- La base para dar coherencia y claridad a la especificación de términos clave en el desarrollo o revisión de legislación enfermera.

Por último, en cuanto a la claridad es interesante destacar que quienes abogan por la creación de legislación multidisciplinar paraguas sugieren que este planteamiento puede facilitar que los ciudadanos interactúen con los sistemas especialmente cuando desean quejarse. El análisis de la legislación parece indicar que en el intento de dar coherencia entre profesiones se ha introducido un mayor grado de imprecisión. Bien pudiera ser que esta imprecisión a través del uso de porcentajes más altos de definiciones estipuladas o circulares se haya derivado de la necesidad de llegar a compromisos entre los distintos grupos regulados o, como alternativa, de un intento deliberado de conceder a las juntas consultivas la posibilidad de interpretar la terminología. Independientemente

del motivo, el resultado es el mismo: la introducción de posibles incoherencias a causa de la falta de precisión en las definiciones.

ÍNDICE DE RESPUESTA DEL ESTUDIO DELPHI

El índice de respuesta de este estudio ha alcanzado los límites superiores de lo que cabría esperar en este tipo de diseño. Gordon (1994) sugirió que los estudios Delphi normalmente obtienen un índice de respuesta de entre el 40 y el 75%. De este modo, puede considerarse que el presente análisis exploratorio ofrece una buena base para alcanzar conclusiones definitivas. De hecho, al comparar el índice de respuesta con el logrado por McAtee (2009), que obtuvo únicamente una tasa del 22,3%, utilizando un diseño de cuestionario único, un aspecto mucho menos amplio de la regulación si bien es cierto que con un grupo mayor de órganos reguladores, entonces el índice de respuesta del presente estudio es considerablemente más alto. Sin duda, al comparar este índice con el de otros dos estudios Delphi de tres ciclos que obtuvieron una tasa del 47%, 52% & 43% y 36%, 40% y 35% por ciclo y por estudio y cuyos índices de respuesta fueron publicados por Skulmoski et. Al (2007) como 'notables', entonces es razonable sugerir que los participantes en el presente estudio han estado motivados para responder. El investigador cree que este alto nivel de respuesta se debe atribuir a la cuidadosa redacción de la carta introductoria y al canal continuado de comunicación a lo largo de las distintas rondas del estudio Delphi que diligentemente han seguido las recomendaciones realizadas por Slo-cum (2005) y Turoff y Hiltz (1996). Asimismo, el investigador sugiere que enviar e-mails recordatorios tres días antes de la fecha tope para responder puede haber contribuido a este buen índice de respuesta.

A pesar del alto índice de respuesta en las Rondas Uno y Dos de los instrumentos Delphi (61% y 63% respectivamente), en la Ronda Tres se produjo una reducción (52%). Keeny et. al. (2001), Sharkey (2001) y Williams y Webb (1994) han documentado este fenómeno que, según estos autores, indica un síntoma claro de que los encuestados comienzan a perder interés en el estudio. Los autores sugieren que, a causa del tiempo necesario para cumplimentar el instrumento, los encuestados han dejado de obtener el mismo nivel de beneficio personal de la participación. Sin embargo, el investigador anticipó esta reducción puesto que al final de la Ronda Dos, algunos encuestados indicaron en sus comentarios generales de dicha ronda que hacía falta bastante tiempo para cumplimentar la información.

Ha sido muy difícil contestar por la necesidad de leer muchas veces los ítems, entender su significado específico y buscar el mejor valor de la dimensión. ¡LO SIENTO! La cantidad de trabajo me ha sobrepasado.

(Ronda Dos – Encuestado 024)

y

Creo que esta matriz multidimensional es difícil y hace falta tiempo para cumplimentarla on-line. No estaba preparado para imprimir, completarla y después introducir las puntuaciones.

(Ronda Dos – Encuestado 066)

Sin embargo, el índice de respuesta ha sido suficiente para obtener resultados significativos que sin duda han contribuido a una mayor comprensión de la regulación profesional y el desempeño de los órganos reguladores tal y como se debate en las siguientes secciones.

¿A QUE NOS REFERIMOS CON EL TÉRMINO REGULACIÓN?

Black (2008) nos recuerda que el estudio de la regulación está cargado de peligros en cuanto a las definiciones y afirma:

Quienes comentan temas de regulación y gobernanza, como los anglófonos en el Reino Unido y Estados Unidos, a veces están separados por un idioma común.

Teniendo en cuenta esta advertencia y manteniendo un método de investigación sólido, es necesario definir claramente el campo de estudio para incorporar coherentemente los resultados del presente estudio y de otros a nuestra base de conocimientos. En este sentido, es necesario examinar definiciones alternativas de regulación así como compararlas y contrastarlas con la versión elaborada a través de la Ronda Tres del estudio Delphi.

Black (2008) ofrece una definición útil de regulación:

Por regulación se entienden aquellos intentos sostenidos y centrados para cambiar el comportamiento de otros con el fin de abordar un problema colectivo o alcanzar una finalidad o finalidades determinadas, normalmente mediante una combinación de reglas o normas y algunos medios para su implantación y puesta en vigor, que pueden ser jurídicos o no.

(Subrayado realizado por el investigador para contribuir al análisis de la definición)

Un análisis atento de esta definición, que se refiere a la regulación en general más que al área más específica objeto de investigación en este trabajo 'Regulación Profesional', brinda la oportunidad de comparar y contrastar la arquitectura de las dos definiciones.

En primer lugar, 'sostenido' implica una actividad duradera, es decir, una actividad que se aplica en el tiempo, en contraposición a un evento aislado. Se trata de un vacío que existía en la definición anterior del CIE elaborada por Styles y Affara (1997).

En segundo lugar, 'centrado' en colaboración con 'para abordar un problema colectivo' y 'alcanzar una finalidad determinada' resalta la naturaleza orientada y útil de la regulación.

En tercer lugar, la acción orientada y útil va en la dirección del 'cambio de comportamiento' en 'otros'. Esto se persigue, en cuarto lugar, mediante 'una combinación de reglas y normas'. En quinto lugar se pone en vigor con 'medios para su implantación'. A su vez, esto cuenta con el apoyo de un mecanismo de 'puesta en vigor'. Éste puede ser de naturaleza 'jurídica o no'. Estas características presentes en la definición de Black (2008) se reflejan en la definición revisada propuesta en la sección de resultados.

En el Reino Unido, la Better Regulation Taskforce (1998) ofrece una definición que a la vez es más estrecha, más amplia, menos precisa, más inclusiva.

"Cualquier medida o intervención del gobierno dirigida a cambiar el comportamiento de personas o grupos".

(Subrayado realizado por el investigador para contribuir al análisis de la definición)

Al igual que la de Black (2008), la definición de la Better Regulation Task Force (1998) coincide en que la regulación está orientada y su finalidad está relacionada con el cambio de comportamiento. Esta última definición es más amplia en el sentido de que la regulación se puede poner en vigor con 'medidas e intervenciones' en lugar de limitarse al uso de normas o reglas. Sin embargo, a diferencia de Black (2008) que no efectúa comentario alguno sobre quién ejerce el poder de la regulación, la Better Regulation Taskforce (2008) limita este poder al 'gobierno'. Tanto Black (2008) como la Better Regulation Task Force (1998) ven la regulación como algo aplicable a 'personas o grupos' aunque Black (2008) utiliza una formulación menos exacta 'otros'.

Se podrían examinar muchas otras definiciones (Martin y Buckley, 2003; Selznick, 1985; Baldwin et al., 1998) pero las dos anteriores ofrecen una base sólida para un análisis del área más reducida de la 'regulación profesional'.

Regulación ocupacional

La Australian National Training Authority (2004) define la regulación ocupacional de la siguiente manera:

“Incluyendo cualquier forma de regulación que limite el acceso a una ocupación o profesión a quienes cumplen requisitos en materia de competencia estipulados por una autoridad reguladora.”

(Subrayado realizado por el investigador para contribuir “
al análisis de la definición)

La definición de la Australian National Training Authority (2004) contiene una serie de características. Deja claro que esta modalidad de regulación comienza a especificar una finalidad concreta para ‘limitar el acceso’ a una ‘ocupación o profesión’. Asimismo, indica que esto se efectúa estableciendo ‘requisitos en materia de competencia’ utilizando para ello ‘cualquier forma de regulación’. Sin embargo, esta definición, a pesar de ser inclusiva en cuanto a la forma de regulación que se debe utilizar plantea la cuestión de si puede haber otros mecanismos que vayan más allá de aquellos ‘relacionados con la competencia’ que se pudieran utilizar para limitar el acceso, por ejemplo, relacionados con la edad, o tener antecedentes penales conocidos, tal y como sucede en algunas jurisdicciones para la colegiación de enfermeros. De hecho, Moore y Tarr (1989) van más allá al señalar que:

La regulación profesional no está confinada a las limitaciones al acceso sino que engloba también todas las normas dirigidas a regular la forma en que se debe desempeñar una ocupación y el control de los profesionales.

Esta ampliación es significativa porque pone de manifiesto los procesos en curso que pueden controlar e influir en la práctica y es similar a la idea expuesta por Black (2008) de un proceso duradero o sostenido.

Regulación profesional

El capítulo introductorio de la presente Tesis comenzaba citando la definición de regulación profesional del Consejo Internacional de Enfermeras (Styles y Affara, 1997):

“Todos aquellos medios legítimos y apropiados – gubernamentales, profesionales, privados e individuales – que dan orden, identidad, coherencia y control a la profesión. Se define la profesión y sus miembros. Se determina el ámbito de la práctica. Se establecen estándares

de formación, éticos y de práctica competente. Y, a través de estos medios, se implantan sistemas de rendición de cuentas”.

Styles y Affara (1997)

Evidentemente, no es la única definición de regulación profesional. Por ejemplo el ministerio de Sanidad de Inglaterra, al revisar la regulación de los profesionales sanitarios no médicos, incluyendo a las enfermeras y las matronas, afirmó que la regulación profesional es:

“El conjunto de sistemas y actividades dirigidos a garantizar que los trabajadores sanitarios tienen los conocimientos, habilidades, actitudes y comportamientos necesarios para prestar asistencia sanitaria de forma segura”.

Ministerio de Sanidad (2006)

La segunda definición del ministerio de Sanidad (2006) es más restringida que la de Styles y Affara (1997). Sin embargo, tal y como se señala en la sección de resultados de la presente Tesis, la definición de Styles y Affara, aunque bastante completa, se queda corta respecto a lo que se considera necesario para las finalidades de hoy día. Esta comparación con otras definiciones confirma que la nueva definición y formulaciones asociadas bajo el título de “Finalidad”, “Medios”, “Sujetos”, “Mecanismos” y “Resultados” engloba completamente todos los elementos identificados en la citada literatura profesional, ocupacional y general en materia de regulación. Es cierto que cada una de las definiciones examinadas anteriormente se quedaban cortas en uno o varios de los aspectos mencionados pero también lo es que la definición elaborada en esta investigación contiene todos los elementos sin ninguna omisión. Sin embargo, esto significa que hay quienes consideran que la definición final es demasiado larga, algo que se podría abordar utilizando técnicas de publicación electrónica que insertan el texto explicativo adicional como ventana ‘emergente’ asociada que aparece únicamente cuando el lector desea más información.

CARACTERÍSTICAS DE UN ÓRGANO REGULADOR DE ALTO DESEMPEÑO

La investigación ha proporcionado una importante base para examinar el desempeño de los órganos reguladores. Es destacable y tranquilizador que un abanico tan diverso de expertos se hayan podido poner de acuerdo sobre las características clave. La consiguiente agrupación de las 47 afirmaciones en función de cuatro temas principales y 14 subtemas no solo tiene el potencial de proporcionar nuevas vías de investigación sino que también ofrece fundamentos pragmáticos para el desarrollo de medios dirigidos a

una evaluación comparativa del desempeño de los órganos reguladores entre jurisdicciones. Aunque supere el ámbito de este estudio de investigación, la Tabla 31 ofrece un ejemplo ilustrativo de cómo una de las 47 afirmaciones se podría seguir desarrollando para ofrecer un sistema de medición del desempeño de los órganos reguladores. Cada parámetro requeriría una explicación consensuada y fácil de entender de la afirmación. Sería necesario reconocer cualquier afirmación relacionada y cómo diferenciar la afirmación objeto de consideración de los elementos relacionados. Habría que puntuar el desempeño en función de una serie de indicadores de nivel, y cada uno de éstos tendría su propia descripción para garantizar la fiabilidad de la puntuación.

Tabla 31. Ejemplo ilustrativo de medición de afirmaciones específicas

Afirmación –	Procedimientos de competencia continuada en vigor que utilizan datos de varias fuentes.
Contexto –	Esta afirmación forma parte del grupo de responsabilidades y funciones y, más concretamente, se refiere a las medidas relativas a la competencia y la conducta.
Exclusiones –	Esta afirmación debería excluir cualquier acción relativa a la evaluación de la competencia asociada a la colegiación inicial y la concesión de la licencia.

Nivel de desempeño	Descripción sobre cómo puntuar el desempeño
Desempeño sobresaliente	<ul style="list-style-type: none"> • El órgano regulador realiza y publica investigación sobre las actividades de competencia continuada de los colegiados con un formato agregado. • El órgano regulador realiza estudios de correlación con las actividades de competencia continuada de los colegiados y sus roles y funciones. • El órgano regulador tiene ejemplos de buenas prácticas que promueve y comparte con pares, gobiernos y sus colegiados.
Desempeño superior	<ul style="list-style-type: none"> • Además de cumplir con los requisitos de desempeño adecuado, el órgano cumple también los siguientes: • El órgano regulador utiliza los resultados de la competencia y los casos de conducta para elaborar guías dirigidas a los colegiados sobre temas que quizá deseen considerar en el marco de sus actividades de competencia continuada. • El órgano regulador tiene en cuenta documentos sobre demografía de los cambios poblacionales y sobre política socio-sanitaria con el fin de contribuir a dar forma a la orientación que se facilita a los colegiados para que cumplan con los requisitos de competencia continuada.

	<ul style="list-style-type: none"> • El sistema de competencia continuada está completamente informatizado y los colegiados pueden presentar y cargar su evidencia a través de un portal web que los ellos mismos pueden visitar utilizando un nombre de usuario y una contraseña.
Desempeño adecuado	<ul style="list-style-type: none"> • Hay legislación en vigor y el órgano regulador ha desarrollado, implantado y publicitado los procesos con los que deben cumplir los colegiados. • El órgano regulador es capaz de determinar qué enfermeros cumplen con la legislación aplicable. • El órgano regulador emprende acciones de forma sistemática contra los enfermeros que no cumplen con el proceso requerido.
Desempeño inadecuado	<ul style="list-style-type: none"> • La legislación actual aún no contiene disposición alguna sobre la evaluación de la competencia continuada. • La legislación contempla la evaluación de la competencia continuada pero ésta aún no se ha implantado.

Una evaluación del órgano regulador ya sea una auto-evaluación o un proceso entre pares ofrecería la oportunidad de determinar los puntos fuertes y débiles. Las debilidades brindarían la oportunidad de mejorar el desempeño. La promoción de ejemplos de desempeño sobresaliente sería beneficiosa para que los pares se beneficiaran de las experiencias de otras jurisdicciones.

La elaboración de un conjunto de parámetros de medición también podría ser útil para el programa de iniciación de nuevo personal y miembros de la junta al ofrecer directrices en términos de contenido y foco para los programas de orientación.

En cuanto a la determinación de un modelo y planteamiento administrativo asociado que tenga más probabilidades de ofrecer un alto desempeño en todo el abanico de características, queda claro que, aunque el panel de expertos manifieste una clara preferencia por el modelo de auto-regulación delegada seguido de los modelos de regulación pura y de auto-regulación impartidos a través de una estructura de junta única, los motivos subyacentes de dicha elección no resultan nada evidentes. Este resultado, teniendo en cuenta que la regulación enfermera, tal y como se argumenta anteriormente, es un subconjunto de regulación de por sí, quizá haya sido anticipado gracias al trabajo de Maggetti (2010) que, al revisar el dominio más amplio de la regulación, resaltó:

Tras 40 años realizando evaluaciones de impacto en Estados Unidos y el consiguiente desarrollo del estado regulatorio europeo en vigor desde hace más de dos décadas, aún no hay evidencia clara sobre los resultados de las reformas en material de regulación y el desempeño

de las agencias de regulación. Los pocos estudios que examinan el desempeño de las agencias, aunque sean útiles para aportar conocimientos detallados específicos de cada país, han arrojado resultados mixtos e no concluyentes.

Varios encuestados resaltaron los conocimientos específicos de los órganos reguladores en este estudio y, teniendo en cuenta la cita a continuación, esto parece apuntar a un gran vacío en la base de conocimientos de quienes regulan la enfermería:

A pesar de tener muchos años de experiencia de trabajo en la regulación enfermera me ha costado diferenciar entre los modelos y los planteamientos administrativos puesto que mi profundo conocimiento del sistema vigente en mi jurisdicción me ha provocado dificultades para comprender cómo otros planteamientos podrían funcionar mejor o peor que el que yo conozco.

(Encuestado 035 – Regulador, país de renta media–alta con tradición jurídica de derecho consuetudinario)

Y en cuanto a la cumplimentación de la parte del cuestionario relativa a los modelos y planteamientos administrativos:

¡Esto es muy difícil! Los únicos modelos con los que estoy familiarizado son los que utilizamos en nuestro país y, en menor medida, el de auto–regulación autónoma, que se encuentra en la literatura.

(Encuestado 001 – Formador enfermero y miembro de un órgano regulador, país de renta media–baja con tradición jurídica de derecho islámico)

Con un vacío de conocimientos así, no sorprende la dificultad de obtener comentarios informados y objetivos sobre los distintos modelos. Esto refleja y amplifica las conclusiones alcanzadas por el investigador anteriormente cuando comenta la escasez de estudios sobre este importante tema. No solo hay poca investigación sobre esta cuestión, sino que también los expertos nacionales son proclives a tener una comprensión limitada de otros modelos aparte del vigente en su propia jurisdicción.

El investigador sostiene que esto fortalece no solo la importancia de este estudio sino también la necesidad de investigación adicional basada en los descubrimientos fundamentales presentados en esta Tesis.

Teniendo en cuenta la sugerencia anterior, sería posible utilizar datos de las auto-evaluaciones o de las evaluaciones por pares del desempeño, gracias a una herramienta plenamente desarrollada, para realizar un estudio cuantitativo correlativo del desempeño en función de los modelos y los planteamientos administrativos. No obstante vaya más allá del ámbito de esta investigación, un estudio de este tipo podría ofrecer una valiosa aportación a un programa continuado de investigación en esta descuidada área de estudio.



CAPÍTULO 6 CONCLUSIONES

1. Hasta el momento la regulación enfermera internacional se basaba, de forma exclusiva en los trabajos de **Fadwa A. Affara y Margaretta Madden Styles**. Sus trabajos proporcionaron, a lo largo de tres décadas, la definición mundialmente aceptada de regulación profesional enfermera y los principios que la sustentan.
2. El presente estudio de investigación constituye, a nuestro juicio, una **contribución muy importante a nuestra comprensión de la reglamentación profesional de la enfermería en el plano internacional**, que amplía y actualiza las bases en su momento establecidas por Affara y Styles. Por tanto, **la presente Tesis ofrece unos nuevos cimientos para el futuro, al haberse elaborado una nueva definición de regulación profesional enfermera**, lo que representa una garantía para la protección de las personas y orientar el desarrollo de la legislación enfermera.
3. **Como director general del Consejo Internacional de Enfermeras**, considero fundamental que este trabajo se incorpore a nuestros principales documentos políticos, aquellos que orientan a gobiernos y organismos como la Organización Mundial de la Salud a la hora de establecer un marco de trabajo para el futuro.
4. Los principios utilizados por los Gobiernos para determinar la necesidad de regulación enfermera podrán incorporar ahora el pensamiento actual con criterios de gobernanza.
5. **El glosario de términos** (léxico), constituye la base de la colaboración internacional entre las distintas jurisdicciones.
6. **La teoría de sistemas abiertos** ha demostrado ser una potente herramienta para analizar las tendencias en el ámbito de la regulación. Este marco puede proporcionar un mecanismo facilitador para monitorizar los cambios a lo largo del tiempo a la par que representa un vehículo para efectuar análisis comparativos.
7. El análisis documental ha proporcionado un mapa completo de la arquitectura de la legislación relativa a la regulación enfermera, lo cual brinda un modelo fundamental para nuevas legislaciones así como para revisar y enmendar leyes ya existentes.
8. La determinación de las características principales de los órganos reguladores, de alto rendimiento, ofrece una oportunidad única **para mejorar la calidad del funcionamiento de los mismos**. Al mismo tiempo, es también la base para realizar una evaluación, basada en la evidencia, del mejor modelo regulatorio y del proceso administrativo que los Gobiernos han de implantar.

9. **Se han detectado importantes lagunas en nuestra comprensión de la regulación enfermera.** Más concretamente, en relación con jurisdicciones de renta baja, con aquellas de tradición jurídica islámica o de derecho civil así como en relación con la escasez de material de Asia, África, la antigua Unión Soviética, América Central y América Latina.
10. Como resultado de este trabajo inicial, existe ahora la posibilidad de explorar el impacto potencial de dimensiones tales como la renta de la jurisdicción, su tradición jurídica, geografía y establecer acuerdos de reconocimiento mutuo en relación con la estructura y funcionamiento de la legislación enfermera.
11. **Este estudio ha comenzado ya a compensar la laguna científica existente en nuestros conocimientos en materia de regulación profesional enfermera,** habiendo sido publicados cuatro artículos de investigación, tres de ellos en revistas con factor de impacto. Además, en la actualidad hay otros tres aceptados que serán publicados en las ediciones de julio y septiembre de 2013, así como uno más en fase de revisión y tres en fase de preparación.
12. La presente Tesis representa por tanto, a nuestro juicio, una aportación fundamental a esta área de estudio y ofrece un punto de partida para un programa completo de investigación en el futuro.



BIBLIOGRAFÍA

- **Abood, S., and Mittelstadt, P.** (1998) Legislative and Regulatory Processes. In Policy and Politics in Health Care, 3rd ed. Mason, DJ. and Leavitt MJ. (Eds). Philadelphia, PA, WB Saunders Company.
- **Adrian, A.** (2006) Towards Consistent Regulation of Nursing and Midwifery in Australia: A Select analysis of the legislation and professional regulation of nursing and midwifery in Australia. Melbourne, National Nursing Education Taskforce N³ET.
http://www.nnnet.gov.au/downloads/rec4_mapping_report.pdf (Accessed 14/03/2013)
- **Affara, F.,** (2010) Global Issues and Trends in Nursing Education. Geneva, International Council of Nurses.
- **Affara, F. and Styles, M.** (1990) Nursing Regulation Moves Ahead. International Nursing Review, 37:4, 307–311.
- **Aiken, L.H., Clarke, S.P., Sloane, D.M., Sochalski, J., Busse, R., Clarke, H., Giovannetti, P., Hunt, J., Rafferty, A.M. and Shamian, J.** (2001) Nurses' reports on hospital care in five countries: The ways in which nurses' work is structured have left nurses among the least satisfied workers, and the problem is getting worse. Health Affairs 20:3, 43–53.
- **Akins, R., Tolson, H., and Cole, B.** (2005) Stability of response characteristics of a Delphi panel: application of bootstrap data expansion. BMC Medical Research Methodology 5:37, doi:10.1186/1471-2288-5-37
<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2288-5-37.pdf> (Accessed 14/03/2013)
- **Alder, M. and Ziglio, E.** (1996) Gazing into the oracle: The Delphi method and its application to social policy and public health. London, Jessica Kingsley Publishers.
- **Allsop, J.** (2006) Regaining Trust in Medicine: Professional and State Strategies. Current Sociology 54:7, 621–636.
- **Allsop, J. and Jones, K.** (2006) Quality Assurance in Medical Regulation in an International Context. Lincoln, University of Lincoln.
- **Allsop, J., Jones, K., Merrabeau, L., Mulcahy, L. and Price, D.** (2004) Regulation of the Health Professions: A Scoping Exercise. London, Council for Healthcare Regulatory Excellence.
- **Allsop, J. and Saks, M.** (2002) Regulating the Health professions. London, Sage Publications.
- **American Association of Colleges of Nursing** (1999) Distance technology in nurse education. Washington, DC., American Association of Colleges of Nursing.

- **American Association of Colleges of Nursing** (2005) Faculty shortages in baccalaureate and graduate nursing programs: Scope of the problem and strategies for expanding the supply. Washington, American Association of Colleges of Nursing
- **American College of Healthcare Executives** (2006) A Comparison of the Career Attainments of Men and Women Healthcare Executives. Chicago, IL. American College of Healthcare Executives.
http://www.ache.org/pubs/research/gender_study_full_report.pdf (Accessed 14/03/2013)
- **Arculus, D.** (2009) The Arculus review: Enabling Enterprise, Encouraging Responsibility. London, The Conservative Party.
- **Association of Registered Nurses of Newfoundland and Labrador** (2010) Environmental Scan. St Johns, Association of Registered Nurses of Newfoundland and Labrador.
http://www.arannl.ca/documents/pages/Environmental_Scan_January_2010.pdf (Accessed 14/03/2013)
- **Australian National Training Authority** (2004) Licensing standards and training packages: A Guide to assist Training package Developers in integrating licensing standards within Training Packages.
<http://training.qld.gov.au/resources/training-organisations/pdf/integrating-licensing-standards-guide.pdf> (Accessed 14/03/2013)
- **Australian Nursing and Midwifery Council**, (2009) Continuing Competence Framework. Canberra, Australian Nursing and Midwifery Council.
- **Baggott, R.** (1989) Regulatory Reform in Britain, the changing face of Self-Regulation, Public Administration, 6:4, 435–454.
- **Bailey, K.D.** (1994) Methods of social research.(4th edition).New York, The Free Press.
- **Balthazard, C.** (2010) What does it mean to be regulated? Ottawa, Health Professionals Association
<http://www.hrpa.ca/OfficeOfTheRegistrar/Documents/What%20it%20means%20to%20be%20regulated%20-%20January%202010.pdf> (Accessed 14/03/2013)
- **Baldwin, R., Cave, M., and Lodge, M.** (2010) the Oxford Handbook of Regulation. Oxford: Oxford University Press.
- **Baldwin, R. Scott, C. and Hood, C.** (1998). A Reader on Regulation. Oxford: Oxford University Press.
- **Bartle, I. and Vass, P.** (2005) Research Report 17: Self-regulation and the regulatory state – a survey of policy and practice. Centre for the study of Regulated Industries, University of Bath School of Management.

http://www.bath.ac.uk/management/cri/pubpdf/Research_Reports/17_Bartle_Vass.pdf (Accessed 14/03/2013)

- **Bazeley, P.** (2008) Mixed methods in management research. In The Sage dictionary of qualitative management research, Eds Thorpe, R. and Holt, R. London, Sage Publications Ltd.
- **Bazeley, P.** (2010) Qualitative Data Analysis with NVivo. London Sage Publications Limited.
- **Becker, G.S.** (1983) A Theory of Competition Among Pressure Groups for Political Influence. Quarterly Journal of Economics 98 :8 371–400.
- **Benton, D.C.** (2007a) ICN Regulation Series: Model Nursing Act Toolkit. Geneva, International Council of Nurses.
- **Benton, D.C.** (2007b) Changing the rules: The role and future of health professions regulation. International Pharmacy Journal 22:2, 38–9.
- **Benton, D.C.** (2008) Current and Future Scenarios in Licensure, Registration, Revalidation, Credentialing and Accreditation. Presentation at The First World Health Professions Conference (WHPCR): The Role and Future of Health Professions Regulation. Geneva, Centre International de Conférence de Genève (CICG)
<http://www.whpa.org/reg/presentations/Benton.pdf> (Accessed 14/03/2013)
- **Benton, D.C.** (2011a) International Issues and Trends in Nursing Regulation. Journal of Nursing Regulation 4:1, 4–8.
- **Benton, D.C.** (2011b) When I'm Sixty Four. International Nursing Review.58:1, 4.
<http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Vol-17-2012/No1-Jan-2012/Advocating-Globally-to-Shape-Policy.html> (Accessed 14/03/2013)
- **Benton, D. González-Jurado, M. Beneit-Montesinos, J.** (2013^a) Nurse faculty migration: a systematic review of the literature. International Nursing Review 60:2, 1–10.
- **Benton, D. González-Jurado, M. Beneit-Montesinos, J.** (2013^b) A structured policy review of the principles of professional self-regulation. International Nursing Review 60:1, 13–22.
- **Benton, D. González-Jurado, M. Beneit-Montesinos, J.** (2013^c) Professional Regulation, Public Protection and Nurse Migration. Collegian : The Australian Journal of Nursing Practice, Scholarship and Research, 20:1, 1–7.
- **Benton, D.C., Morrison, A.** (2009a) Regulation 2020: Exploration of the present; vision for the future. Geneva, International Council of Nurses.

- **Benton, D.C., Morrison, A.** (2009b) The Role and Identity of the Regulator: An international comparative study. Geneva, International Council of Nurses.
http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/free_publications/role_id_entity_regulator.pdf (Accessed 14/03/2013)
- **Better Regulation Taskforce** (2003) Imaginative Thinking for Better Regulation. London, Cabinet Office Publications.
- **Better Regulation Taskforce** (2005) Regulation – Less is More: Reducing burdens, improving outcomes. London, Cabinet Office Publications.
- **Black, J.** (2002), Critical Reflections on Regulation, Discussion Paper No 4, Centre for Analysis of Risk and Regulation, London, London School of Economics and Political Science.
- **Black J.** (2008) Constructing and contesting legitimacy and accountability in polycentric regulatory regimes. *Journal of Regulation and Governance* 2:2, 137–164.
<https://www.lse.ac.uk/collections/law/staff%20publications%20full%20text/black/rg%20legitimacy%2008.pdf> (Accessed 14/03/2013)
- **Blackman, C. and Srivastava, L.** (2011) Telecommunications Regulation Handbook: Tenth Anniversary Edition. Washington DC. The World Bank.
<http://www.infodev.org/en/Publication.1057.html> (Accessed 14/03/2013)
- **Blunden, F.** (2004) Co-regulation, transparency and engagement in healthcare in Professionally-led regulation in healthcare– just a cosy club? Asato J. (ed.), London, The Social Market Foundation.
<http://www.smf.co.uk/assets/files/publications/Professionally-ledRegulationinHealthcare.pdf> (Accessed 14/03/2013)
- **Bouchard, R.A.** (2008) Reflections on the value of systems models for regulation of medical research and product development. The free library by Farlex.
- **Boulkedid, R., Abdoul, H., Loustau, M., Sibony, O., and Alberti, C.** (2011) Using and Reporting the Delphi Method for Selecting Healthcare Quality Indicators: A Systematic Review. *Public Library of Science* 6:6, e20476
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3111406/pdf/pone.0020476.pdf> (Accessed 14/03/2013)
- **Bowrey, G., Murphy, B., Smark, C.J. and Watts, T.** (2005) On foxes becoming gamekeepers: The capture of professional regulation by the Australian accounting profession. Research Online, University of Wollongong, Faculty of Commerce,
<http://ro.uow.edu.au/commpapers/362> (Accessed 14/03/2013)
- **Bryant, R.** (2005) Regulation, roles and competence development. (The global Nursing Review Initiative Issue 1). Geneva, ICN.
http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/GNRI/Issue1_Regulation.pdf (Accessed 14/03/2013)

- **Buchan, J.** (2006) Migration of Health Workers in Europe: policy problem or policy solution. In Human Resources for Health in Europe, Dubois, C, McKee, M. and Nolte E. (Eds). Maidenhead, Open University Press.
- **Buchan J., Connell J., and Rumsey M.** (2011) Recruiting and retaining health workers in remote areas: Pacific Island Case Studies: Case Study Number 1. Geneva, World Health Organisation.
http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501255_eng.pdf (Accessed 14/03/2013)
- **Buerhaus, P.I., and Needleman, J.** (2000) Policy implications of research on nurse staffing and quality of patient care. Policy, Politics & Nursing Practice 1:1, 5–15.
- **Canadian Nurses Association** (2000) A National Framework for Continuing Competence Programs. Ottawa, Canadian Nurses Association.
http://www.cna-nurses.ca/CNA/documents/pdf/publications/National_Framework_Continuing_Competence_e.pdf (Accessed 14/03/2013)
- **Canadian Nurses Association and Canadian Association of Schools of Nursing** (2008) Nursing education in Canada statistics: 2006–2007. Ottawa, Canadian Nurses Association and Canadian Association of Schools of Nursing.
http://www.cna-aiic.ca/CNA/documents/pdf/publications/Education_Statistics_Report_2008_2009_e.pdf (Accessed 14/03/2013)
- **Carlton, A.C.** (2006) Regulation of the health professions. Brisbane, Australian Institute of Health Policies.
- **Casey, J.** (2008) Key trends in professional regulation. Perspectives for the Professions, Issue 5, 1–4, Edmonton, AB, Field Law Ltd.
http://www.fieldlaw.com/articles/JTC_KeyTrendsInProfessionalRegulation.pdf (Accessed 14/03/2013)
- **Chamberlain, J.M** (2009) Doctoring Medical Governance: Medical Self–Regulation in Transition. New York, Nova Science Publishers Inc.
- **Chhea C., Warren N., and Manderson I.,** (2010) Health worker effectiveness and retention in rural Cambodia. The International Electronic Journal of Rural Health and Remote Research, Education, Practice and Policy 10: 1391
http://www.rrh.org.au/publishedarticles/article_print_1391.pdf (Accessed 14/03/2013)
- **Christensen, J.G.** (2010) Public Interest Regulation Reconsidered From Capture to Credible Commitment. Paper presented at “Regulation at the Age of Crisis”, ECPR Regulation Standing Group, 3rd Biennial Conference, University of Dublin.
<http://regulation.upf.edu/dublin-10-papers/1J1.pdf> (Accessed 14/03/2013)

- **Coglianese, C., and Mendelson, E.** (2010) Meta-regulation and self-regulation. In *The Oxford Handbook of Regulation*. Eds., Baldwin, R., Cave, M., and Lodge, M. Oxford, Oxford University Press.
- **College of Nurses of Ontario** (2006) *Up Front: A health regulatory scan*. Ontario, College of Nurses of Ontario.
- **Conference Board of Canada** (2007) *Achieving public protection through collaborative self-regulation: Reflections for a New Paradigm*. Ottawa, Conference Board of Canada. http://www.eicp.ca/en/toolkit/regulation/achieving_public_protection.pdf (Accessed 14/03/2013)
- **Council on Licensure, Enforcement and Regulation** (2010) *Glossary of Terminology Used in Professional and Occupational Regulation*. Lexington, Council on Licensure, Enforcement and Regulation. http://www.clearhq.org/resources/Glossary_General.pdf (Accessed 14/03/213)
- **Creswell, J.W.** (2003) *Research Design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (2nd Ed.) Thousand-Oaks, CA, Sage Publications.
- **Cutshall, P.** (1996) Megatrends in professional regulation—towards the year 2000. *International Nursing Review*.43:4, 110–2.
- **Dalkey, N.C.** (1972) The Delphi method: An experimental study of group opinion. In N.C.Dalkey, D.L.Rourke, R. Lewis, and D. Snyder (Eds.). *Studies in the quality of life: Delphi and decision-making*. Lexington, MA: Lexington Books.
- **Dalkey, N.C. and Helmer, O.** (1963) An experiential application of the Delphi methods to the use of experts. *Management Science*, 9:3, 458–467.
- **Deighton-Smith, R., Harris, B. and Pearson, K.** (2001) *Reforming the regulation of the professions*. Melbourne, Commonwealth of Australia.
- **Dempsey, C., Barry, M., and Battel-Kirk, B.** (2011) *CompHP: Developing competencies and professional standards for health promotion capacity building in Europe*. Galway, Health Promotion Research Centre National University of Ireland. http://www.iuhpe.org/uploaded/European_Consensus_on_Core_Competencies_for_HP.pdf (Accessed 14/03/2013)
- **Department of Health** (2006) *The regulation of the non-medical healthcare professions*. London, Her Majesty's Stationery Office.
- **Department of Health** (2008) *Developing the NHS Performance Regime NHSFinance: Performance & Operations*. London, Her Majesty's Stationery Office.
- **Department of Health** (2009) *NHS Performance Framework: Implementation guidance*. London, Her Majesty's Stationery Office. http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_098525 (Accessed 14/03/2013)

- **Department of Health, and Royal College of Nursing**, (2003) Freedom to Practise: Dispelling the Myths. London, Her Majesty's Stationery Office.
http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4061525.pdf (Accessed 14/03/2013)
- **Department of Health and Community Services** (2009) Umbrella Legislation Discussion Paper: Proposed Umbrella Legislation for Health Professions Seeking Regulation. St Johns, Department of Health and Community Services Newfoundland and Labrador.
- **Department of Industry, Science and Technology** (1998) Codes of conduct, Policy Framework, Canberra, Consumer Affairs Division, Commonwealth of Australia.
- **Department of the Taoiseach** (2004) Regulating Better. Dublin, The Stationery Office.
- **Dillman, D.A.** (2000) Mail and Internet Surveys: The tailored design method (2nd Ed.) New York, NY, John Wiley.
- **Durley, CC.**, (2005) The NOCA Guide to Understanding Credentialing Concepts. Washington, DC., National Organization for Competency Assurance.
- **Edhlund, B.M.** (2011) NVivo 9 Essentials. Stallarholmen, Form and Kunskap AB.
- **Esterhuizen, P.** (1996) Is the professional code still the cornerstone of clinical practice? Journal of Advanced Nursing, 23:1, 25–31.
- **External Advisory Committee on Smart Regulation** (2004) Smart Regulation: a regulatory strategy for Government. Ottawa, Government of Canada.
<http://dsp-psd.pwgsc.gc.ca/Collection/CP22-78-2004E.pdf> (Accessed 14/03/2013)
- **Fairman, JA., Rowe, JW., Hassmiller, S. and Donna Shalala, DE.** (2011) Broadening the Scope of Nursing Practice. New England Journal of Medicine. 364: 193–196
- **Federation of State Medical Boards** (2008) Medical Regulatory Authorities and the Quality of Medical Services in Canada and the United States. New York, Milbank Memorial Fund.
- **Fels, A., Parker, D., Comely, B. and Beri, V.** (1998) APEC Regulatory Reform Symposium: Occupational Regulation. Kuantana, The APEC Committee on Trade and Investment
<http://www.accc.gov.au/content/item.phtml?itemId=97066&nodeId=d5b25619599d10e1e3db09cb41431146&fn=OCCUPATIONAL%20REGULATION.pdf> (Accessed 14/03/2013)
- **Fereday, J., & Muir-Cochrane, E.** (2006). Demonstrating rigor using thematic analysis: A hybrid approach of inductive and deductive coding and theme development. International Journal of Qualitative Methods, 5(1), 1–11.
http://www.ualberta.ca/~iiqm/backissues/5_1/PDF/FEREDAY.PDF (Accessed 14/03/2013)

- **Field L.L.P** (2011) Health and Social Services (Umbrella) Professions Legislation for the Northwest Territories: Discussion Paper. Edmonton, Field Law.
- **Ford, S.** (2011) Hike in complaints against nurses is 'serious cause for concern'. Nursing Times, 31st March 2011.
<http://www.nursingtimes.net/nursing-practice/clinical-specialisms/management/hike-in-complaints-against-nurses-is-serious-cause-for-concern/5028001.article>
 (Accessed 14/03/2013)
- **Freidson, E.** (1994) Professionalism reborn. Cambridge, Polity Press.
- **Frenk, J., Chen, L., Cohen J., Crisp, N., Evans, T., Fineberg, H., Garcia, P., Ke, Y., Kelly, P., Kistnasamy, B., Melies, A., Naylor, D., Pablos-Mendez, A., Reddy, S., Scrimshaw, S., Sepulveda, J., Serwadda, D., Zurayk, H.,** (2010) Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. The Lancet, 376:9756, 1923–1958.
- **Gaffikin, M.** (2005) Regulation as Accounting Theory, School of Accounting and Finance, University of Wollongong, Working Paper 9.
<http://ro.uow.edu.au/acccfinwp/50> (Accessed 14/03/2013)
- **Geist, M.** (2010) Using the Delphi to engage stakeholders: A comparison of two studies. Evaluation and Programme Planning 33:2, 147–154.
- **Gibb, G.R.,** (2002) Qualitative Data Analysis. Maidenhead, Open University Press.
- **Gladstone, D., Johnson, J., Pickering, W.G., Salter, B., and Stacey, M.** (2000) Regulating Doctors. London, Institute for the study of civil society.
<http://www.civitas.org.uk/pdf/cs01.pdf> (Accessed 14/03/2013)
- **Green, J.C., Caracelli, V.J., and Graham, W.F.** (1989) Towards a conceptual framework for mixed-method evaluation designs. Educational Evaluation and Policy Analysis, 11:3, 255–274.
- **Grix, J.** (2001) Demystifying postgraduate research, Birmingham, University of Birmingham University Press.
- **Gross, S.** (1984) Of Foxes and Hen Houses: Licensing and the health professions. Westport, CT, Quorum Books.
- **Hasson, F., Keeney, S., and McKenna H.** (2000) Research Guidelines for the Delphi survey technique. Journal of Advanced Nursing 32:4, 1008–1015.
- **Higher Education Better regulation Group** (2011a) Professional, statutory and regulatory bodies: an exploration of their engagement with higher education. London. Higher Education Better regulation Group (HEBRG).
http://www.hebetterregulation.ac.uk/OurWork/Documents/HEBRG_PSRB%20report_FINAL.pdf (Accessed 14/03/2013)

- **Higher Education Better Regulation Group** (2011b) Better Regulation Group: Review of the non-HE regulatory landscape and its impact on HEIs. London, Higher Education Better regulation Group (HEBRG).
<http://www.hebetterregulation.ac.uk/OurWork/Documents/HEBRG%20Review-Final%20Report.pdf> (Accessed 14/03/2013)
- **Hill, K.Q. and Fowles, J.** (1975) The methodological worth of the Delphi forecasting technique. *Technological Forecasting and Social Change*, 7:2, 179–192.
- **Horsley, M., and Thomas, D** (2003) Professional regulation & professional autonomy: Benchmarks from across the professions The New South Wales experience. *Change Transformations in Education*. 6:1, 34–47.
- **Hsu, C.C. and Sanford, B.A.** (2007) The Delphi technique: making sense of consensus. *Practical assessment, research and evaluation*, 12:10, 1–8.
- **Institute of Medicine** (2010) *The Future of Nursing: Leading Change, Advancing Health*. Washington, DC, Institute of Medicine.
https://download.nap.edu/catalog.php?record_id=12956 (Accessed 14/03/2013)
- **International Confederation of Midwives** (2011) *Global Standards for Midwifery Regulation*. The Hague, International Confederation of Midwives.
- **International Council of Nurses** (1960) *Nursing legislation: Report of a survey of nursing legislation in countries whose national nurses' association is a member with the International Council of Nurses*. London, ICN.
- **International Council of Nurses** (1969) *Principles of legislation for nursing education and practice: A guide to assist national nurses associations*. Geneva, ICN.
- **International Council of Nurses** (1985) *Report on the regulation of nursing: A report on the present, a position for the future*. Geneva, ICN.
- **International Council of Nurses** (2004) *The Global Shortage of Registered Nurses: An Overview of Issues and Actions*. Geneva, International Council of Nurses.
- **International Council of Nurses** (2005) *Regulation Terminology: Version 1*. Geneva, International Council of Nurses.
http://www.icn.ch/images/stories/documents/pillars/regulation/Regulation_Terminology.pdf (Accessed 14/03/2013)
- **International Council of Nurses** (2007a) *Positive Practice Environments: Quality workplaces = quality patient care*. Geneva, International Council of Nurses.
<http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/ind/indkit2007.pdf> (Accessed 14/03/2013)

- **International Council of Nurses** (2007b) Model Nursing Act. Geneva, International Council of Nurses.
http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/free_publications/model_nursing_act.pdf (Accessed 14/03/2013)
- **International Council of Nurses** (2009a) ICN Framework of Disaster Nursing Competencies. Geneva, International Council of Nurses.
http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/free_publications/24_June_2009_Disaster_Nursing_Competencies_lite.pdf (Accessed 14/03/2013)
- **International Council of Nurses** (2009b) Reducing the Gap and Improving the Interface between Education and Service: A Framework for analysis and solution
- **Generation. Geneva, International Council of Nurses.**
http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/free_publications/reducing_the_gap.pdf (Accessed 14/03/2013)
- **International Standards Organization** (2004) Information technology – metadata registries part 4: formulation of data definitions. ISO/IEC 11179–4. Geneva, International Standards Organization.
- **Irvine, D.** (1997) The performance of doctors. i: professionalism and self regulation in a changing world. *British Medical Journal*, 314:7093, 1540–1542.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2126755/pdf/9183205.pdf> (Accessed 14/03/2013)
- **Jillson, I.A.,** (2002) The National Drug–abuse policy Delphi: Progress report and findings to date. In *The Delphi Method: Techniques and applications*. Eds. Linstone H.A. and Turoff M. Newark, New Jersey Institute of Technology.
<http://is.njit.edu/pubs/delphibook/delphibook.pdf> (Accessed 14/03/2013)
- **JM. Consulting** (1998) *The Regulation of Nurses, Midwives and Health Visitors*. Bristol, JM Consulting Ltd.
http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4041046.pdf (Accessed 14/03/2013)
- **Jones–Schenk, J., and Yoder–Wise, P.S.** (2002) Professional self–regulation—another Enron casualty? *The Journal of Continuing Education in Nursing*; 33:3, 100.
- **Jordana, J. and Levi–Faur, D** (2010) Working Paper 27: Exploring Trends and Variations in Agency Scope. Mount Scopus, Department of Political Science & The Federmann School of Public Policy & Government The Hebrew University.
<http://regulation.huji.ac.il/papers/jp27.pdf> (Accessed 14/03/2013)
- **Kast, F. and Rosenzweig, J.** (1972) General Systems Theory: Application for Organisation and Management. *Academy of Management Journal*. December, 1972, 447–464.

- **Keeney, S., Hasson, F., and McKenna, H.** (2001) A critical review of the Delphi technique as a research methodology for nursing. *International Journal of Nursing Studies* 38:2, 195–200.
- **Keeney, S., Hasson, F., and McKenna, H.** (2006) Consulting the oracle: ten lessons from using the Delphi technique in nursing research. *Journal of Advanced Nursing* 53:2, 205–212.
- **King, G., Keohane, R., and Verba, S.** (1993) *Designing Social Inquiry: Scientific inference in social research*. Princeton, Princeton University Press.
- **Kingma, M.** (2006) *Nurses on the Move – Migration and the Global Health Care Economy*. Cornell, Cornell University Press.
- **Klein, J.** (1998) Competence, professional self-regulation and the public interest *British Medical Journal*.316:1740–1742.
- **Krause, E.A.** (1996) *Death of the guilds: Professions, States and the advancement of capitalism, 1930 to the present*. New Haven, Yale University Press.
- **Leech, N.L. and Onwuegbuzie, A.J.** (2007) An array of qualitative data analysis tools: A call for data analysis triangulation. *School Psychology Quarterly*, 22:4, 557–584.
- **Lincoln, Y.S. and Guba, E.G.** (1985) *Naturalistic Inquiry*. London, Sage Publications Limited.
- **Linstone, H.A. and Turoff, M.** (2002) *The Delphi Method: Techniques and applications*. Newark, New Jersey Institute of Technology.
<http://is.njit.edu/pubs/delphibook/delphibook.pdf> (Accessed 14/03/2013)
- **Ludlow, J.** (2002) Delphi inquiries and knowledge utilization. In H.A. Linstone and M. Turoff (Eds.) *The Delphi Method: techniques and applications*. . Newark, New Jersey Institute of Technology.
<http://is.njit.edu/pubs/delphibook/delphibook.pdf> (Accessed 14/03/2013)
- **Maggetti, M.** (2010) *Legitimacy and Accountability of Independent Regulatory Agencies: A Critical Review*. Living Reviews in Democracy, Zurich, Center for Comparative and International Studies, ETH Zurich and University of Zurich.
- **Malvarez, S.M., and Agudelo M.C.C.** (2005) *Overview of the Nursing Workforce in Latin America*. Washington, DC., Pan American Health Organisation.
- **Martin, B. and Buckley, C.** (2003) *Democracy, Social Dialogue and Regulatory Reform: Learning from policy failures*. Geneva, Public Services International.
- **Mastromatteo, M.** (2009) New era for self-regulation about to unfold. *Engineering Dimensions*. November/December 2009, 26–30.
<http://www.peo.on.ca/DIMENSIONS/novdec2009/ND%2009%20Feature1.pdf>
(Accessed 14/03/2013)

- **McAtee, R.** (2009) The relative effect of alternative regulatory actions: Benchmarks for the compliance and discipline process in different jurisdictions and occupations. Martin School of Public Policy, University of Kentucky.
http://www.martin.uky.edu/Capstones_2010/McAtee.pdf (Accessed 14/03/2013)
- **McCaugherty, D.** (1991) The theory practice gap in nurse education: Its causes and possible solutions. Findings from an action research study. *Journal of Advanced Nursing* 16:8, 1055–1061
- **McGillis-Hall, L.** 1998. Policy implications when changing staff mix. *Nursing Economic\$* 16:6, 291–7.
- **McElmurry, B.J., Solheim, K., Kishi, R., Coffia, M.A. and Woith, W.** (2006) Ethical Concerns in Nurse Migration. *Journal of Professional Nursing*, 22:4, 226–235.
- **Med-Emerg Inc.** (2005) Trends and Issues in Health Education/Training. Mississauga, Ontario, Med-Emerg Inc.
<http://www.nlhba.nl.ca/hr/documents/Environmental%20Scan.pdf> (Accessed 14/03/2013)
- **Miles, M.B. and Huberman, A.M.** (1994) Qualitative data analysis: An expanded sourcebook. (2nd edition). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- **Ministry of Education and Research** (2005) Concepts used in the Lisbon Recognition Convention and subsidiary documents to the Convention. Oslo, Ministry of Education and Research Norway.
<http://www.bologna-bergen2005.no/EN/Glossary/Glos1.HTM> (Accessed 14/03/2013)
- **Ministry of Justice of Jamaica** (1988) The Criminal Records (Rehabilitation of Offenders) Act. Kingston, Government of Jamaica.
- **Ministry of Justice of Jamaica** (1997) Caribbean Community (Free Movement of Skilled Persons) Act. Kingston, Government of Jamaica.
- **Minogue, M.** (2005) Apples and Oranges – comparing international experiences in regulatory reform. Occasional Lecture 13, Bath, University of Bath School of Management, Centre for the study of regulated industries.
- **Monetary Authority of Singapore** (2010) Tenets of Effective Regulation. Singapore, Monetary Authority of Singapore.
- **Moore, A.P. and Tarr, A.A.** (1989) “General Principles and Issues of Occupational Regulation,” *Bond Law Review*: Vol. 1: Iss. 1,
<http://epublications.bond.edu.au/blr/vol1/iss1/7> (Accessed 14/03/2013)
- **Moran, M. and Wood, B** (1993), *States, Regulation and the Medical Profession*. Buckingham, Open University Press.

- **Morse, J.M., Barrett, M., Mayan, M., Olson, K., and Spiers, J.** (2002) Verification strategies for establishing reliability and validity in qualitative research. *International Journal of Qualitative Methods*, 1:1, 13–22.
- **Morse, J.M. and Richards, L.** (2002) *Read me first for a user's guide to qualitative methods*. Thousand-Oaks, Sage Publications.
- **Moule, P., Wilford A., Sales, R., Haycock, L., and Lockyer, D.** (2006) Can the use of simulation support pre-registration nursing students in familiarising themselves with clinical skills before consolidating them in practice? Bristol, Centre For Learning and Workforce Research University of West of England.
<http://hsc.uwe.ac.uk/net/research/Data/Sites/1/GalleryImages/Research/NMC%20Final%20Report%20UWE.pdf> (Accessed 14/03/2013)
- **National Consumer Council** (1999) *Self-regulation of Professionals in Healthcare: Consumer Issues*. London, National Consumer Council.
- **National Consumer Council** (2000) *Models of self-regulation: An overview of models in business and the professions*. London, National Consumer Council.
http://www.talkingcure.co.uk/articles/ncc_models_self_regulation.pdf (Accessed 14/03/2013)
- **National Council of State Boards of Nursing** (2001) *Exploring the Value of Continuing Education Mandates*. Chicago, IL, National Council of State Boards of Nursing.
- **National Council of State Boards of Nursing** (2007) *Guiding principles of Nursing regulation*. Chicago, IL, National Council of State Boards of Nursing.
- **National Council of State Boards of Nursing** (2011a) *Nurse Licensure Compact (NLC) Fact Sheet for Licensees and Nursing Students*. Chicago, IL, National Council of State Boards of Nursing.
https://www.ncsbn.org/2011_NLCA_factsheet_students_Rev_Jan_2011.pdf (Accessed 14/03/2013)
- **National Council of State Boards of Nursing** (2011b) *Discipline*. Chicago, IL, National Council of State Boards of Nursing.
https://www.ncsbn.org/2011_Discipline.pdf (Accessed 14/03/2013)
- **National Council of State Boards of Nursing** (2011c) *Continued Competence Activities/Assistive Personnel/Scope of Practice*. Chicago, IL, National Council of State Boards of Nursing.
https://www.ncsbn.org/2011_Continued_Competence_Assistive_Personnel_Scope_of_Practice.pdf (Accessed 14/03/2013)
- **National Council of State Boards of Nursing** (2011d) *Licensure Requirements/Maintenance*. Chicago, IL, National Council of State Boards of Nursing.
https://www.ncsbn.org/2011_Licensure.pdf (Accessed 14/03/2013)

- **National Council of State Boards of Nursing** (2011e) Board Structure. Chicago, IL, National Council of State Boards of Nursing.
https://www.ncsbn.org/2011_Board_Structure.pdf (Accessed 14/03/2013)
- **National Council of State Boards of Nursing** (2011f) Education Programs. Chicago, IL, National Council of State Boards of Nursing.
https://www.ncsbn.org/2011_Educational_Programs.pdf (Accessed 14/03/2013)
- **National Council of State Boards of Nursing** (2011g) Regulation of Advanced Practice Nursing. Chicago, IL, National Council of State Boards of Nursing.
https://www.ncsbn.org/2011_Regulation_of_Advanced_Practice_Nursing.pdf (Accessed 14/03/2013)
- **National League for Nursing** (2006) Nurse educators 2006: A report of the faculty census survey of RN and graduate programs. New York, National League for Nursing.
- **Norman, A.** (2002) Legacy of the UKCC: Change of the helmsman. *Nursing Management*, 9:5, 9–15.
- **O’Cathain, A., Murphy, E., and Nicholl, J.** (2007) Why, and how, mixed methods research is undertaken in health services research in England: a mixed method study.
- **Odoro, A., Clancy, C. and Foster, J.H.** (2010) Bridging the theory–practice gap in student nurse training: an evaluation of a personal and professional development programme. *The Journal of Mental Health Training, Education and Practice*, 5:2, 4–12.
- **Office of the Legislative Auditor State of Minnesota** (1999) Occupational Regulation: A Program Evaluation Report. St Paul, State of Minnesota.
<http://www.auditor.leg.state.mn.us/ped/pedrep/9905-all.pdf> (Accessed 14/03/2013)
- **Ogus, A.** (2002) Paper No. 35, Comparing regulatory systems: Institutions, Processes and Legal forms in Industrialised Countries. Manchester, Centre on Regulation and Competition, Institute for Development Policy and Management, University of Manchester.
- **Okoli, C., and Pawlowski, S.D.** (2004) The Delphi method as a research tool: an example, design considerations and applications. *Information and Management* 42:1, 15–29.
- **Olsen, R.N.** (1999) 5870: The Regulation of Medical Professions. University of Ghent, *The Encyclopedia of Law and Economics*.
<http://encyclo.findlaw.com/5870book.pdf> (Accessed 14/03/2013)
- **Onwuegbuzie, A.J. and Leech, N.L.** (2006) Linking research questions to mixed methods data analysis procedures. *The qualitative Report* 2:3, 474–498.
- **Onwuegbuzie, A.J. and Leech, N.L.** (2007) Validity and qualitative research: An oxymoron? Quality and Quantity: *International Journal of Methodology*, 41:4, 233–249.

- **Organisation for Economic Co-operation and Development** (2007) Regulatory Reform and Market Openness: Processes to assess effectively the trade and investment impact of regulation. OECD Trade Policy Working Papers No. 48. Paris, OECD.
- **Oxford Dictionaries** (2010) Oxford Dictionary of English. Oxford, Oxford University Press.
- **Patton, M.Q.** (2002). Qualitative research and evaluation methods. 3rd ed. London, Sage Publications.
- **Payne, G. and Payne, J.** (2004) Key concepts in social science. London, Sage Publications.
- **Peltzman, S.** (1979) Towards a More General Theory of Regulation. Journal of Law and Economics, 19:2, 211–240
- **Pew Health Professions Commission** (1995a) Critical challenges: Revitalizing the health professions for the twenty first century. San Francisco, CA: Pew Health Professions Commission.
http://futurehealth.ucsf.edu/Content/29/1995-12_Critical_Challenges_Revitalizing_the_Health_Professions_for_the_Twenty-First_Century.pdf (Accessed 14/03/2013)
- **Pew Health Professions Commission** (1995b) Reforming health workforce regulation: Policy considerations for the 21st Century. San Francisco, CA: Pew Health Professions Commission.
<http://www.soundrock.com/sop/pdf/Reforming%20Health%20Care%20Workforce%20Regulation.pdf> (Accessed 14/03/2013)
- **Polit, D.F. and Beck, C.T.** (2008) Nursing Research: Generating and assessing evidence for nursing practice (8th Edition) .Philadelphia, Lippincott Williams and Wilkins.
- **Priest, M.** (1997) The privatisation of regulation: Five models of Self-regulation. Ottawa Law Review, 29:2, 233–302.
<http://www.law-lib.utoronto.ca/investing/reports/rp26.pdf> (Accessed 14/03/2013)
- **Prime Minister's Commission on the Future of Nursing and Midwifery in England** (2010) Front Line Care: the future of nursing and midwifery in England. London, Her Majesty's Stationery Office.
http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20100331110400/http://cnm.independent.gov.uk/wp-content/uploads/2010/03/front_line_care.pdf (Accessed 14/03/2013)
- **Professions Australia** (2005) Submission to the Productivity Commission Health Workforce Study.Canberra, Professions Australia.
http://professions.com.au/Files/Submission_to_PC_health_workforce.pdf Accessed 14/02/2013
- **Rachlis, M. and Kushner, C.** (1994) Strong Medicine: How to save Canada's health care system. Toronto, Harper Collins Publishers Ltd.

- **Rayens, M.K. and Hahn E.J.** (2000) Building consensus using the policy Delphi method. *Policy, Politics and Nursing Practice*, 1:4, 308–315.
- **Raskin, M.S.** (1994) The Delphi study in field instruction revisited: Expert consensus on issues and research priorities. *Journal of Social Work*, 30:1, 75–89.
- **Regulation Taskforce** (2006) Rethinking Regulation: Report of the Taskforce on Reducing Regulatory Burdens on Business, Report to the Prime Minister and the Treasurer, Canberra, Government of Australia.
<http://www.regulationtaskforce.gov.au> (Accessed 14/03/2013)
- **Rhode, D.L. and Hazard, G.C.** (2007) Professional Responsibility and Regulation. 2nded. New York, Foundation Press.
- **Robert's Rules Association**, (2011) Robert's Rules of Order. Cambridge, MA. Da Capo Press.
- **Rooney, A.L., and van Ostenberg, P.E.** (1999) Licensure, Accreditation, and Certification: Approaches to Health Services Quality. Bethesda, USAID Quality Assurance Project.
- **Rops, M.S.** (2004) White paper on Occupational Regulation. *American Journal of Electroneurodiagnostic Technology*. 44:7, 244– 290
- **Rowell, P.** (2003) The professional Nursing Association's Role in Patient Safety. *Online Journal of Issues in Nursing*. 8:3, Manuscript 3.
- **Royal College of Nursing** (2011) Frontline First Congress 2011 Update. London Royal College of Nursing.
http://www.rcn.org.uk/_data/assets/pdf_file/0005/377168/004116.pdf (Accessed 14/03/2013)
- **Rudner, N., O'Gradey, T.P., Hodnicki, D., and Hanson, C.** (2010) Are regulations more consumer-friendly when Boards of Nursing are the sole Regulators of Nurse Practitioners.
- **Saldana, J.** (2009) The coding manual for qualitative researchers. London Sage Publications Limited.
- **Salter, B.** (2004) The New Politics of Medicine, Edinburgh, Palgrave Macmillan.
- **Saskatchewan Registered Nurses' Association** (2005) Environmental Scan 2005. Regina, Saskatchewan Registered Nurses' Association.
- **Saskatchewan Registered Nurses' Association** (2010) Environmental Scan 2010. Regina, Saskatchewan Registered Nurses' Association.
http://www.srna.org/images/stories/pdfs/communications/pdf/environmental_scan_2010.pdf (Accessed 14/03/2013)

- **Saver, C.** (2010) Trends and Challenges in Regulating Nursing Practice Today. *Journal of Nursing Regulation*, 1:1, 4–8.
- **Scheffler, I.**, (1968) *The language of education*. Springfield, Illinois, Thomas.
- **Scott, J.** (1990) *A matter of record, documentary sources in social research*. Cambridge, Polity Press.
- **Selznick, P.** (1985). “Focusing Organizational Research on Regulation” in Noll, R. (ed.). *Regulatory Policy and the Social Sciences*. Berkeley: University of California Press.
- **Sharkey, S.** (2001) An approach to consensus building the Delphi Technique: Developing a learning resource in mental health. *Nurse Education Today*, 21:5, 398–408.
- **Shimberg, B.** (1982) *Occupational Licensing: A public perspective*. Princeton, NJ, Educational Testing Service.
- **Shleifer, A.** (2005) Understanding Regulation. *European Financial Management*, 11:4, 439–451.
- **Silverman, D.** (2005) *Doing Qualitative Research: A practical handbook* (2nd edition). London Sage Publications.
- **Skulmoski, G.J. Hartman, F.T. and Krahn, J.** (2007) The Delphi method for graduate research. *Journal of information technology education*, 6:1, 1–21.
- **Slocum, N.** (2005) Delphi. In *Participatory Methods Toolkit: A practitioner’s manual*. Eds. Steyaert, S. and Lisoir, H. Brussels, The King Boudouin Foundation.
http://www.samenlevingentechnologie.be/ists/en/pdf/projects/30890_toolkitengdef.pdf (Accessed 14/03/2013)
- **Smith, H.** (2007) *Principle Based Regulation: In principle and in Practice*. London, London School of Economics and Political Science.
- **Smith, J.** (2005) *The Shipman Inquiry: Final Report*. London, Her Majesty’s Stationery Office.
- **Sprenkle, D.H., and Moon, S.M.** (1996). *Research methods in family therapy*. New York, Guilford.
- **Stacey, D. and Menard, P.** (2006) *Integrating Evidence-based Patient decision Support in Nursing Curriculum*. Ottawa, Ottawa Hospital Research Institute.
http://decisionaid.ohri.ca/docs/implement/PtDS_Curriculum.pdf (Accessed 14/03/2013)
- **State Government of Victoria** (2003) *Regulation of the health professions in Victoria: A discussion paper*. Melbourne, Policy and Strategic Projects Division, Victorian Government Department of Human Services.

- **Stigler, G.J.** (1971) The theory of Economic Regulation. *Bell Journal of Economics* 2:1, 3–21.
- **Strauss, A. and Corbin J.** (1998) *Basics of Qualitative Research Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory* (2nd edition). London, Sage Publications Ltd.
- **Streubert, H.J. and Carpenter, D.R.** (1999) *Qualitative Research in Nursing: Advancing the humanistic Imperative* 2nd ed. Philadelphia, Lippincott Williams and Wilkins.
- **Styles, M. and Affara, F.** (1986) Report on the regulation of nursing: A report on the present, a position for the future. Geneva, International Council of Nurses.
- **Styles M and Affara F** (1997) *ICN on Regulation*. Geneva, International Council of Nurses.
- **Surdyk, PM., Lynch, DC., and Leach, DC.** (2003) Professionalism: identifying current themes. *Current Opinions in Anesthesiology*, 16: 597–602.
- **Tashakkori, A. and Teddie, C.** (1998) Mixed Methodology: Combining qualitative and quantitative approaches. *Applied Social Research Methods*, 46. Thousand Oaks, CA, Sage Publications.
- **Tashakkori, A. and Teddie, C.** (2003) *Handbook of Mixed Methods in Social and Behavioural Research*. Thousand–Oaks, CA, Sage Publications.
- **Taskforce on Reducing Regulatory Burdens on Business** (2006) *Rethinking Regulation*. Canberra, Commonwealth of Australia.
- **Tesch, R.** (1990) *Qualitative Research : analysis types and software tools*. New York, Falmer Press.
- **The Conference Board of Canada** (2007) *Achieving Public Protection Through Collaborative Self–Regulation: Reflections for a new paradigm*. Ottawa, The Conference Board of Canada.
- **Thomadakis, S.B.** (2007) What Makes Good Regulation? Mexico City, IFAC Council Seminar.
http://web.ifac.org/download/30th_anniversary_Thomadakis_Pres_Nov_07.pdf
(Accessed 14/03/2013)
- **Turner, R.** (1995) *Medical Power and Social Knowledge*. 2nd ed. London, Sage Publications.
- **Turoff, M.** (2002) The policy Delphi. In *The Delphi Method: Techniques and applications*. Eds. Linstone H.A. and Turoff M. Newark, New Jersey Institute of Technology.
<http://is.njit.edu/pubs/delphibook/delphibook.pdf> (Accessed 14/03/2013)

- **Turoff M., and Hiltz, SR.** (1996) Computer Based Delphi Processes. In *Gazing into the Oracle: The Delphi Method and its Application to Social Policy and Public Health*. Adler, A., and Ziglio, E. (eds). London, Jessica Kingsley Publishers.
- **UNCTAD** (2010) Corporate governance in the wake of financial crisis. New York, United Nations Conference on Trade and Development.
<http://www.unctad-docs.org/files/CG-in-Wake-of-Fin-Crisis-Overview.pdf> (Accessed 14/03/2013)
- **United Kingdom Central Council for Nursing and Midwifery** (1999) Fitness for practice: The UKCC Commission for Nursing and Midwifery Education. London, United Kingdom Central Council for Nursing and Midwifery.
<http://www.placements.combined.nhs.uk/files/users/wilsos/Downloads/Fitness%20for%20practice.pdf> (Accessed 14/03/2013)
- **Upton, G., and Cook, I.** (2004) *A Dictionary of Statistics*. Oxford, Oxford University Press.
- **Van Bruchem, G., Van de Scheur, G.G., Van der Arend, A.J.G., Huijter H, Abu-Saad, Spreeuwenberg, C., Van Wijmen, F.C.B., and Ter MeulenRHJ.,** (2008) The role of nurses in euthanasia and physician-assisted suicide in The Netherlands. *Journal of Medical Ethics* 34:2, 254–258.
- **Van den Bergh, R.** (2004) Towards efficient self-regulation in markets for professional services. European University Institute, Robert Schuman Centre for Advanced Studies.
<http://www.eui.eu/RSCAS/Research/Competition/2004/200409-compet-VanDenBergh.pdf> (Accessed 14/03/2013)
- **Van Zwanenberg T** (2004) Revalidation: the purpose needs to be clear. *British Medical Journal*, 328: 684–686.
- **Wesley J.J.** (2009) Analysing Qualitative Data. In *Explorations: A Navigator's Guide to research in Canadian political science*. Ed. Archer, K. and Youngman-Berdahl, L. 2nd Ed. Toronto, Oxford University Press
- **Williams, PL., and Webb, C.** (1994) The Delphi Technique: a methodological discussion. *Journal of Advanced Nursing* 19:1, 180–186.
<http://data.worldbank.org/about/country-classifications> (Accessed 14/03/2013)
- **World Health Organisation** (2006) Working together for health: The World Health Organisation Report 2006. Geneva, World Health Organisation.
http://www.who.int/whr/2006/whr06_en.pdf (Accessed 14/03/2013)
- **World Health Organisation** (2008) Task shifting to tackle health worker shortages. Geneva, World Health Organisation.
http://www.who.int/healthsystems/task_shifting/TTR_tackle.pdf (Accessed 14/03/2013)

- **World Health Organisation** (2010a) Nursing and Midwifery Services: Strategic Direction 2011–2015. Geneva, World Health Organisation.
http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_HRH_HPN_10.1_eng.pdf (Accessed 14/03/2013)
- **World Health Organisation** (2010b) Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: Global Policy Recommendations. Geneva World Health Organisation.
http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241564014_eng.pdf (Accessed 14/03/2013)
- **World Health Organisation Regional Office For Africa** (2012) The Regional Professional Regulatory Framework: Nursing and Midwifery. Brazzaville, World Health Organisation.
- **World Trade Organisation** (2012) Glossary of key Terms. Washington, DC. World Trade Organisation.
http://www.wto.org/english/thewto_e/glossary_e/glossary_e.htm (Accessed 14/03/2013)
- **Young, A.** (2009) The Lighthouse Invites the Storm – Professional Regulation of Nursing in England and Wales – Under Threat. *Mental Health and Learning Disabilities Research and Practice*, 6:1, 21–36

Anexos



Anexo 1

Lista de revisores críticos que han participado en la elaboración del cuestionario para las Rondas 1, 2 y 3 del estudio Delphi

Revisores críticos – Desarrollo del instrumento

Nombre	Cargo
Fadwa Affara	Consultora internacional en Regulación y Formación Enfermeras.
Jean Barry	Consultora de Política Enfermera y Sanitaria.
Jane Robinson	Profesora Emérita de Política Enfermera, Universidad de Nottingham.

Anexo 2

**Nombres y países de los expertos que han participado
en el estudio Delphi**

Estudio Delphi – Panel de expertos

Tratamiento	Nombre	Apellido	País
Dra.	Suchittra	Luangamornlert	Tailandia
Sra.	Elizabeth	Oywer	Kenia
Rev.	Tom	Keighley	Reino Unido
Dra.	Beverly	Malone	EE.UU.
Sra.	Branca	Rimac	Croacia
Sra.	Monique	Kempff	Países Bajos
Srta.	Elsa B.	Friðfinnsdóttir	Islandia
Sr.	Andy	Gibbs	Reino Unido
Sr.	Geoff	Annals	Nueva Zelanda
Dra.	Fatima	Al Rifai	Emiratos Árabes Unidos
Srta.	Wilfrida	Chavez	Canadá
Srta.	Veronica	Darko	Ghana
Srta.	Kathy	Apple	EE.UU.
Dra.	Marlene	Smadu	Canadá
Srta.	Angele	Wallerlei-Kumbangsila	Suriname
Srta.	Maura	Pidgeon	Irlanda
Dra.	Da'ad	Shokeh	Jordania
Dra.	Isabel Amélia	Costa Mendez	Brasil
Sra.	Clare	Ghafari Zablit	Líbano
Sr.	Lebogang Fondondo	Philip	Botsuana
Dra.	Márcia Cristina	Krempel	Brasil
Sra.	Esperanza	Morales Correa	Colombia
Dra.	Jintana	Yunibhand	Tailandia
Dra.	Josefina	Tuazon	Filipinas
Dra.	Isabel Amélia	Costa Mendes	Brasil
Dra.	Eleanor Judith	Msidi	Zambia
Srta.	Khumo D.	Modisaeman	Botsuana
Srta.	Julie	Kimonyo	Ruanda
Sra.	Nighat I.	Durrani	Pakistán
Srta.	Pauline	Tan	Singapur
Dra.	Silvina	Malvarez	EE.UU.
Dra.	Kathleen	Fritsch	Filipinas
Dr.	Otmar	Kloiber	Alemania
Srta.	Brenda	Myers	Reino Unido
Srta.	Roxanne	Tarjan	Canadá
Srta.	Laura	Rhodes	EE.UU.
Srta.	Myra	Broadway	EE.UU.
Dr.	Máximo	González Jurado	España
Sra.	Persephone	Munnings	Bahamas
Dr.	Aníbal	González Orozco	Costa Rica
Srta.	Merja	Merasto	Finlandia
Dra.	Cecilia	Sironi	Italia
Dr.	Myung Sook	Sung	Corea
Sr.	Paul	Pace	Malta
Srta.	Eli	Gunhild By	Noruega
Sr.	Germano	Couto	Portugal
Sr.	André	Gitembagara	Ruanda

Prof.	See Hia	Lim	Singapur
Sr.	Franklin A.	Shaffer	EE.UU.
Dr.	Marcel	Johnson	Bahamas
Srta.	Pearline	Cooper Sharpe	Jamaica
Dr.	Hsiu-Hung	Wang	Taiwán
Sr.	T. Dileep	Kumar	India
Srta.	Rachel	Bard	Canadá
Dr.	Marla	Weston	EE.UU.
Dr.	Mohammad	Ali Cheraghi	Irán
Dr.	Sue-Wen	Teng	Taiwán
Dr.	Abdullah	Al Nuimi	Emiratos Árabes Unidos
Srta.	Louise	Silverton	Reino Unido
Prof.	Loredana	Sasso	Italia

Anexo 3

**Carta dirigida a los panelistas
para participar en el estudio Delphi**

Estimado XXXX

**Análisis Comparativo Internacional sobre la Regulación de la Práctica Enfermera.
Estudio Delphi de tres rondas.**

Me complace comunicarle que ha sido seleccionado como persona experta en la regulación de la enfermería y, como tal, deseo invitarle a participar en el estudio mencionado anteriormente que forma parte de mi investigación de doctorado en la Universidad Complutense de Madrid, España.

Esta parte de la investigación cuenta con un estudio Delphi de tres rondas en el que Ud., si está de acuerdo en participar, junto con otros expertos de todo el mundo, aplicarán un proceso de consenso para:

- Contribuir a redefinir la 'Regulación Profesional'.
- Detectar las características de los órganos reguladores de alto desempeño.
- Considerar qué modelo de gobernanza, elegido entre varios, es el más adecuado para una buena regulación.

La técnica Delphi se utiliza ampliamente para lograr consenso de grupo en un panel de expertos con conocimientos en un determinado campo. Comparado con otros sistemas, el método Delphi garantiza el anonimato en las respuestas, reduce posibles presiones para amoldarse al grupo y requiere menos tiempo para los participantes en la investigación.

Aunque los cuestionarios que se utilicen tendrán un identificador único, éste se usará únicamente para aclarar, en caso necesario, cualquier respuesta dada o como medio de hacer un seguimiento personalizado de quienes no respondan. Se prevé que el compromiso en términos de tiempo para cada ronda del estudio será de un máximo de 30 minutos. Soy consciente de lo ocupado que está pero espero que pueda tener tiempo para asumir este compromiso.

Si accede a participar, recibirá tres cuestionarios en un periodo de tiempo de 16 semanas que deberá cumplimentar respetando la fecha establecida para cada uno de ellos. Si no completara algún cuestionario en la fecha establecida, se le enviará un recordatorio. Si siguiéramos sin recibir respuesta, ya no recibiría ningún otro recordatorio para esa ronda y se le enviará el cuestionario para la siguiente ronda cuando éste esté preparado.

Su participación en el estudio es estrictamente voluntaria y puede retirarse en cualquier momento. Si accede a contribuir a este importante trabajo, es suficiente con que me envíe un breve correo electrónico confirmando su participación.

No se ofrecerá ninguna atribución pero los participantes se incorporarán como panelistas en un Anexo de la Tesis. Si está de acuerdo en participar y desea una copia electrónica de la versión definitiva de la Tesis, se le enviará si así lo solicita una vez que se haya realizado la defensa de la misma.

Toda la correspondencia se efectuará por correo electrónico y los cuestionarios se podrán cumplimentar como documentos electrónicos. Si necesita más información, no dude en ponerse en contacto conmigo escribiéndome a benton@icn.ch o dcbenton.swiss@gmail.com. Asimismo, se puede poner en contacto conmigo llamando al teléfono de mi oficina en el CIE (+41) 229080100.

Una vez más, espero que acceda a participar en este interesante estudio y poder trabajar con Ud. Sería maravilloso si pudiera indicar su voluntad de participar el 20 de junio de 2012 a más tardar.

Atentamente,

A handwritten signature in black ink that reads "David C. Benton". The script is cursive and fluid, with the first name "David" and last name "Benton" clearly legible.

David C Benton
Director Ejecutivo, Consejo Internacional de Enfermeras
Doctorando, Universidad Complutense de Madrid

Anexo 4

**Ronda Uno - Instrumento del estudio Delphi y notas
explicativas**



Número de identificación del
panelista

Estimado XXXX

**Análisis comparativo internacional sobre la regulación de la práctica enfermera –
CUESTIONARIO DE LA PRIMERA RONDA**

Le remito adjunto el cuestionario de la Ronda Uno asociado con el estudio anteriormente mencionado. Espero que pueda enviármelo cumplimentado en tres semanas. Le enviaremos un recordatorio unos días antes del vencimiento del plazo. Se realizará un análisis en función de todas las respuestas recibidas a tiempo.

Aunque no tuviera tiempo de cumplimentar el cuestionario de esta ronda, de todas formas se le enviará el material de la siguiente ronda.

Una vez realizado el análisis de su información sobre la Ronda Uno, se le enviará un segundo cuestionario. Éste debería llegar aproximadamente tres o cuatro semanas después de la fecha de entrega.

La fecha de entrega del presente cuestionario es el **lunes 16 de julio**.

Le agradezco de nuevo su apoyo en este importante estudio.

Atentamente,

David C Benton
Director Ejecutivo, Consejo Internacional de Enfermeras
Doctorando, Universidad Complutense de Madrid

Ronda Uno - Instrumento del estudio Delphi y notas explicativas

Han transcurrido más de dos décadas desde el estudio de investigación original realizado por Affara y Styles (1992) sobre el que se basa la actual definición del CIE de regulación profesional. Desde entonces, se han producido una serie de cambios importantes en la sociedad, los sistemas sanitarios y educativos y la profesión de enfermería.

La ronda Uno del estudio Delphi aborda dos cuestiones:

- En primer lugar, examinar la actual definición del CIE de regulación profesional y facilitar aportaciones para su revisión.
- En segundo lugar, detectar las características de órganos reguladores de alto y bajo desempeño para que en las rondas dos y tres del estudio Delphi se puedan desarrollar medidas y evaluar cuál de los distintos modelos de gobernanza de los órganos reguladores es más probable que logre un alto desempeño **(la definición operativa de un órgano regulador de alto desempeño es: aquel que realiza sus funciones principales y subsidiarias de forma coherente, eficaz y eficiente).**

Asimismo, se solicitan algunos datos demográficos para facilitar el análisis en las siguientes fases del estudio Delphi.

El anonimato está garantizado, tal y como se señala en la carta de invitación a participar en la presente investigación. La siguiente información únicamente se revelará en formato anónimo y agregado. Por favor, marque con una "X" las casillas que le correspondan.

Mi género es:

Masculino
Femenino

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

Trabajo en una jurisdicción en la que la mejor forma de definir el modelo de gobernanza para la regulación de la enfermería sería:

Controlado por el gobierno
Establecido mediante legislación pero autónomo
Otro (Por favor, describir)

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

--	--

Definición de regulación profesional

El Consejo Internacional de Enfermeras define la regulación profesional de la siguiente manera:

“Todos aquellos medios legítimos y apropiados – gubernamentales, profesionales, privados e individuales – que dan orden, identidad, coherencia y control a la profesión. Se define la profesión y sus miembros. Se determina el ámbito de la práctica. Se establecen estándares de formación, éticos y de práctica competente. Y se implantan sistemas de rendición de cuentas a través de estos medios”.

Tras haber leído y considerado atentamente la anterior definición, le rogamos responda a las siguientes tres preguntas en el espacio indicado.

- (1) **Por favor, señale cualquier elemento que crea que no es necesario en la definición actual.**

--	--

- (2) **Por favor, proponga puntos adicionales o dimensiones que le gustaría que se añadieran a la definición actual.**

--	--

- (3) **Por favor, si conoce alguna definición alternativa de “regulación profesional” escríbala a continuación y facilite la referencia bibliográfica completa.**

--	--

--	--

Características de los órganos reguladores de alto desempeño

Si se le pidiera que juzgara el desempeño de un órgano regulador, ¿cuáles serían **las CINCO características o medidas más importantes** para poder afirmar que dicho órgano regulador **es una organización de alto desempeño**? Por favor, incluya un único concepto en cada sugerencia.

1	
2	
3	
4	
5	

Por favor, exponga cualquier comentario adicional que desee realizar en el recuadro a continuación.

--	--

Gracias por haber dedicado su tiempo a completar la Fase Uno del estudio Delphi.

Una vez recibidas todas las respuestas, éstas se analizarán y se le enviará un cuestionario para la ronda dos en función de las respuestas facilitadas por Ud. y los demás panelistas.

A handwritten signature in black ink, reading "David C Benton". The script is cursive and fluid, with the first name "David" and last name "Benton" clearly distinguishable.

David C Benton

Director Ejecutivo, Consejo Internacional de Enfermeras
Doctorando, Universidad Complutense de Madrid

Anexo 5

**Ronda Dos- Instrumento del estudio Delphi y notas
explicativas**



Número de identificación del
panelista

Estimado XXXX

**Análisis comparativo internacional sobre la regulación de la práctica enfermera –
CUESTIONARIO DE LA SEGUNDA RONDA**

Le remito adjunto le cuestionario de la **Ronda Dos** asociado con el estudio anteriormente mencionado. Espero que pueda enviármelo cumplimentado en la fecha establecida. Está marcado claramente en el margen superior derecho del cuestionario y también a continuación. Le enviaremos un recordatorio unos días antes del vencimiento del plazo. Se realizará un análisis en función de todas las respuestas recibidas a tiempo.

Soy consciente de que el cuestionario parece bastante largo pero Ud. y sus colegas panelistas enviaron numerosos comentarios e ideas así que, a pesar de haber resumido los puntos principales, sigue habiendo una serie de ideas que le ruego comente.

Aunque no tuviera tiempo de cumplimentar el cuestionario de esta ronda, de todas formas se le enviará el material de la siguiente ronda.

Una vez realizado el análisis de su información sobre la Ronda Dos, se le enviará un tercer y último cuestionario. Este último cuestionario final debería llegar aproximadamente tres o cuatro semanas después de la fecha de entrega.

La fecha de entrega del presente cuestionario es el **lunes 20 de agosto**.

Le agradezco de nuevo su apoyo en este importante estudio.

Atentamente,

David C Benton
Director Ejecutivo, Consejo Internacional de Enfermeras
Doctorando, Universidad Complutense de Madrid

Ronda Dos- Instrumento del estudio Delphi y notas explicativas

En este cuestionario se presentan los resultados de la primera ronda y se solicita una nueva evaluación y comentarios sobre algunas de las percepciones y opiniones emergentes. **No es necesario haber participado en la primera ronda para participar en la segunda.**

El instrumento se divide en dos partes reflejando el contenido de la recopilación de datos de la ronda uno.

La **PARTE UNO** del cuestionario cubre la definición revisada de “Regulación Profesional”. Se han planteado varias cuestiones y los temas emergentes están documentados de forma que pueda considerar dichas cuestiones tanto una por una como conjuntamente. A continuación, se encuentra un resumen de los puntos clave derivados de las respuestas seguida de una síntesis de temas emergentes y soluciones propuestas. Por último, se ofrece una definición revisada para comentar.

La Ronda Uno Pregunta Uno requería que los participantes identificaran cualquier parte de la definición actual que fuera redundante.

- La mayoría de los encuestados pensaba que no había partes redundantes en la definición actual.
- Un encuestado manifestó su preocupación porque el uso de los términos profesional y regulación no era coherente con las responsabilidades del regulador y la profesión, resaltando que en su modelo de regulación había una clara división de responsabilidades.
- Varios encuestados sugirieron que algunos términos como ‘Todos aquellos medios legítimos y apropiados’ carecían de precisión y podrían variar de una jurisdicción a otro. Otros pensaban que ofrecía flexibilidad.
- Varios encuestados determinaron que el uso de ejemplos como ‘gubernamental, profesional, privado e individual se podían considerar redundantes y que se corría el riesgo de que el lector se confundiera pensando que se trata de una lista exhaustiva más que ilustrativa.
- La segunda parte de la definición, a pesar de estar relacionada con la definición central de regulación profesional, se podría considerar como una elaboración de los mecanismos que se pueden utilizar (medios legítimos y apropiados) para traer orden, identidad, coherencia y control.
- Hubo alguna sugerencia de que se podrían identificar los componentes (conceptos) de la definición para aportar claridad y ofrecer un marco que permita elaborar e ilustrar ejemplos de distintas jurisdicciones y marcos jurídicos.
- Asimismo, varios encuestados comentaron la necesidad de que la definición fuera lo más sucinta posible, lo cual facilitaría la traducción a distintas lenguas.

La pregunta dos de la Ronda Dos requería que los encuestados determinaran cualquier componente que faltara en la definición actual.

- Algunos encuestados sugirieron la necesidad de incorporar más detalles en términos de rasgos comportamentales como ‘buena conducta personal y moral’ y ‘dedicación y lealtad’.
- El cambio propuesto con mayor frecuencia conllevaba ser más explícitos en los resultados o finalidad de la regulación profesional, es decir, la protección de los ciudadanos, circulación eficiente y eficaz de colegiados y alineamiento de la práctica profesional con las necesidades actuales de los sistemas socio-sanitarios.
- Algunos encuestados determinaron la necesidad de hacer referencia a la competencia y la formación continuadas.
- Se sugirió la necesidad de relacionar la definición con ejemplos ilustrativos sobre cómo se podría aplicar en distintos contextos jurisdiccionales.

- Varios encuestados resaltaron la necesidad de reconocer que la regulación profesional ofrece como resultado profesionales autónomos.

La pregunta tres de la Ronda Uno requería a los encuestados que ofrecieran definiciones alternativas para su consideración.

- Se facilitaron once definiciones alternativas. Una de África, una de Oriente Medio, tres de Europa y el resto de América del Norte.
- Una de las definiciones pretendía separar la función del gobierno de la de la profesión. Otra de las definiciones defendía un planteamiento basado en principios.
- Ninguna de las definiciones contenía concepto nuevo alguno.

La pregunta cuatro de la Ronda Uno se aborda en la segunda parte de este cuestionario.

Pregunta cinco de la Ronda Uno brindaba a los panelistas la oportunidad de realizar comentarios adicionales. Éstos han sido cuidadosamente analizados y algunos de ellos han contribuido a la reformulación de la definición revisada de regulación profesional. Otros prevenían sobre algunos de los puntos que es probable que surgan a medida que examinamos la forma de juzgar el alto nivel de desempeño y las dificultades que podremos experimentar para lograr consenso al considerar la perspectiva de funcionamiento en nuestro caso particular.

Síntesis de puntos

- Se deben proponer cambios a la actual definición de regulación profesional del Consejo Internacional de Enfermeras.
- La versión revisada debe ser lo más sucinta posible y ha de incorporar todos los conceptos que, en lugar de incluirse en el texto la definición, se deben elaborar con un texto asociado. Quizá sea necesario que el texto especifique aún más las definiciones de los distintos conceptos y facilitar ejemplos ilustrativos de cómo se logran o expresan en la legislación en todo el mundo. Para facilitar la consideración de la definición revisada, aquí se establecen los conceptos pero no se elaboran con ejemplos específicos de legislación actual.
 - Entre los componentes de la definición se incluirán (resaltados en rojo):
 - ☞ Los **sujetos** de la regulación – colegiado (enfermero) y profesión.
 - ☞ La **finalidad** de la regulación – proteger a los ciudadanos, facilitar la circulación eficiente y eficaz de colegiados de una jurisdicción a otra, alinear la práctica profesional con las necesidades contemporáneas.
 - ☞ Es necesario incorporar el concepto de **actividad sostenida**– competencia continuada.
 - ☞ Se debe incluir el concepto de **aplicación** – los medios con los que se garantiza el cumplimiento de los estándares establecidos.
 - ☞ El concepto de **mecanismo** – todos aquellos medios legítimos y apropiados (protección del uso del título, ámbitos de la práctica definidos, aprobación de programas formativos, requisitos de competencia continuada, revisiones de la conducta profesional, etc.).
- La definición propuesta se debe crear:
 - Borrando el texto redundante.
 - Introduciendo los conceptos que faltan.
 - Focalizando de nuevo el énfasis en los colegiados en lugar de en los miembros.
 - Resaltando explícitamente la finalidad de la regulación profesional.

Por consiguiente, se debe redefinir la **Regulación Profesional** de la siguiente manera:

Todos aquellos medios legítimos, apropiados y sostenidos mediante los cuales se llevan orden, identidad, coherencia, control y rendición de cuentas a los profesionales autónomos mediante una acción de aplicación jurídica y voluntaria que produce:

- *Mejor protección del público.*
- *Circulación eficiente y eficaz entre jurisdicciones.*
- *El realineamiento continuado de la práctica profesional con los sistemas socio-sanitarios.*

Por favor, facilite sus comentarios sobre esta definición revisada utilizando la escala Likert de cuatro puntos

Completamente de acuerdo 1
De acuerdo 2
En desacuerdo 3
Completamente en desacuerdo 4

	Cuestión	Puntuación Likert 1-4	Si desea realizar algún comentario sobre estos resultados, por favor marque con una X la casilla bajo el resultado que desea comentar.
1	La definición contiene todos los conceptos necesarios		
2	La definición está clara		
3	La definición no contiene material redundante		
4	La definición es contemporánea		

La **PARTE DOS** de este cuestionario se centra en identificar las características de los órganos reguladores de alto desempeño. Las características potenciales provienen de las sugerencias realizadas por los encuestados en respuesta a la Cuestión 4 de la Ronda Uno del cuestionario Delphi. Algunas de las características han sido propuestas por varios encuestados y otras únicamente por uno o dos. En algunos casos, las características se han reformulado para mayor claridad.

Me gustaría que utilizara una serie de escalas Likert para valorar los distintos ítems. Con el fin de apoyarle en su toma de decisiones le facilito explicaciones bastante completas de los distintos niveles de las escalas. Quizá encuentre útil tener esta información a disposición para puntuar los distintos ítems.

Hay que valorar todas las características en función de cuatro dimensiones. Para cada una de ellas se ofrecen sinónimos o comentarios aclaratorios con el fin de ayudarle a evaluar con precisión cada característica objeto de consideración. Cada una de ellas se ha de puntuar de 1 a 4 en cada una de las cuatro dimensiones:

- **Deseabilidad** (Eficacia o ventajas)
- **Factibilidad** (Viabilidad)
- **Importancia** (Prioridad o relevancia)

- **Confianza** (Validez del argumento o premisa)

Además de valorar las características en función de las cuatro dimensiones, también le ruego decida qué modelos de gobernanza y planteamientos administrativos cree que tienen más probabilidades de lograr la característica o resultado descritos.

Con el fin contribuir a aclarar sus opiniones sobre los distintos ítems, hay espacio a su disposición para que incorpore cualquier comentario que crea que ayudará a interpretar su respuesta o conocer cualquier dificultad que haya tenido para puntuar el ítem.

Por favor, introduzca una puntuación numérica bajo cada dimensión. Utilice únicamente números enteros y no 0,5 ó 1/2 (cero coma cinco o medio). El archivo es en formato MS Word 2003 para facilitar su cumplimentación.

Dimensión	Valor	Etiqueta	Explicación
Deseabilidad (Eficacia o ventajas)	1	Muy deseable	<ul style="list-style-type: none"> Tendrá un efecto positivo y poco o ningún efecto negativo. Extremamente ventajosa. Justificable por méritos propios.
	2	Deseable	<ul style="list-style-type: none"> Tendrá un efecto positivo y poco o ningún efecto negativo. Ventajosa. Justificable como un derivado o en combinación con otros ítems.
	3	No deseable	<ul style="list-style-type: none"> Tendrá un efecto negativo. Perjudicial. Justificable como derivado de un ítem muy deseable, no justificada como un derivado de un ítem deseable.
	4	Nada deseable	<ul style="list-style-type: none"> Tendrá un gran impacto negativo. Extremamente perjudicial. No justificable.

Dimensión	Valor	Etiqueta	Explicación
Factibilidad (Viabilidad)	1	Sin duda factible	<ul style="list-style-type: none"> Ningún obstáculo para su implantación. No es necesaria ninguna investigación o desarrollo. Ninguna barrera política. Aceptable para los ciudadanos y la profesión.
	2	Posiblemente factible	<ul style="list-style-type: none"> Alguna indicación de que es implantable. Todavía falta investigación y desarrollo. Es necesaria mayor consideración o preparación frente a las reacciones política, profesional o de los ciudadanos.
	3	Posiblemente no factible	<ul style="list-style-type: none"> Algunas indicaciones son negativas. Cuestiones importantes sin respuesta. Posibles obstáculos políticos, profesionales o públicos.
	4	Sin lugar a dudas no es factible	<ul style="list-style-type: none"> Todos los indicadores son negativos. Firmes obstáculos políticos. Impracticable. No se puede implantar.

Dimensión	Valor	Etiqueta	Explicación
Importancia (Prioridad o relevancia)	1	Muy importante	<ul style="list-style-type: none"> • Un punto muy relevante. • Prioridad de primer orden. • Tiene un impacto directo en temas importantes. • Se debe resolver, abordar o afrontar.
	2	Importante	<ul style="list-style-type: none"> • Es relevante para la cuestión. • Prioridad importante. • Impacto significativo pero no hasta que se afronten los demás ítems. • No se tiene que resolver plenamente.
	3	Ligeramente importante	<ul style="list-style-type: none"> • Relevancia insignificante. • Posiblemente una prioridad. • Tiene poca importancia. • No es un factor determinante respecto a los temas principales.
	4	Sin importancia	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguna prioridad. • Ninguna relevancia. • Ningún efecto medible. • Se debe abandonar como ítem a considerar.

Dimensión	Valor	Etiqueta	Explicación
Confianza Confianza (Validez del argumento o premisa)	1	Certera	<ul style="list-style-type: none"> • Bajo riesgo de error. • La decisión basada en ella no será errónea por el “hecho”. • La mayoría de las deducciones derivadas de aquí serán ciertas.
	2	Fiable	<ul style="list-style-type: none"> • Algún riesgo de error. • Voluntad de tomar una decisión sobre esta base pero reconociendo que hay posibilidades de error. • Se pueden derivar algunas deducciones incorrectas.
	3	Arriesgada	<ul style="list-style-type: none"> • Gran riesgo de error. • De ninguna utilidad como base para tomar una decisión. • Se pueden derivar numerosas deducciones incorrectas.
	4	No fiable	<ul style="list-style-type: none"> • Gran riesgo de error. • De ninguna utilidad como base para tomar una decisión.

Dimensión	Valor	Etiqueta	Explicación
Continuum de la regulación profesional de la enfermería	1	Ninguna regulación	Los ciudadanos y consumidores están plenamente empoderados para aprovechar completamente los servicios ofrecidos y disponen de suficiente información para tomar decisiones informadas y evitar daños.
	2	Auto-regulación pura	Los profesionales organizados establecen sus propios estándares de conducta y los aplican sin la participación del gobierno, ni en la redacción de los mismos, ni en la promoción de su uso o su aplicación.
	3	Auto-regulación delegada	La profesión, a través de una junta autónoma, elabora y administra un código de conducta, así como estándares de la práctica y la formación, y el gobierno proporciona la facultad de aplicar el código otorgándole algún tipo de respaldo legislativo.
	4	Auto-regulación supervisada	La profesión, a través de una junta designada, elabora y administra un código de conducta, estándares de práctica y formación, y el gobierno aprueba estos mecanismos y proporciona la capacidad de aplicar el código concediendo algún tipo de respaldo legislativo que después supervisa un poder superior que puede intervenir en determinadas circunstancias.
	5	Regulación estatal	El Estado especifica y administra las reglas, códigos y estándares pudiendo después emplear directamente a personal profesional que facilite los conocimientos expertos necesarios.

	Valor	Modelo	Explicación
Planteamientos Administrativos	1	Junta única multidisciplin ar paraguas	Legislación paraguas que cubre varias disciplinas y una única junta de gobernanza que ofrece procedimientos uniformes.
	2	Multidiscipli nar con juntas individuales pero con servicios compartidos	Legislación paraguas que cubre varias disciplinas con autoridad delegada en varias juntas específicas de la profesión que pueden hacer política en una serie de áreas pero que comparten servicios y/o sede.
	3	Multidiscipli nar con juntas individuales	Legislación paraguas que cubre varias disciplinas con autoridad delegada en varias juntas independientes, específicas de la profesión.
	4	Junta única	Legislación específica de la profesión con poder delegado a una única junta profesional.
	5	Unidad reguladora	Los procesos regulatorios los gestiona una unidad o como parte de una entidad gubernamental como el ministerio de Sanidad establecida mediante un decreto ministerial o de otro tipo.
	6	División de poderes	División de poderes entre las estructuras federales y regionales o distintas entidades relativas a los niveles de enfermera (enfermera colegiada, enfermera práctica con licencia). Un organismo tiene un conjunto de facultades que complementan el de otro organismo (Mantener el registro, aprobar programas etc.).

Por último antes de comenzar a puntuar los ítems

Si no puede puntuar ninguno de los ítems en relación con una o varias de las dimensiones (Deseabilidad, Factibilidad, Importancia, Confianza, Modelo Regulatorio o Planteamiento Administrativo), por favor comente por qué ha encontrado difícil/imposible realizar una puntuación.

En relación con el Modelo Regulatorio y el Planteamiento Administrativo por favor señale el modelo/planteamiento que cree que **tiene más probabilidades** de ofrecer la característica.

Haga el favor de elegir uno

Desempeño 1-4	Facilidad 1-4	Importancia 1-4	Confianza 1-4	Modelo regulatorio 1-5	Planteamiento Administrativo 1-6	Característica (Ejemplos de órgano regulador de alto desempeño)	Si desea realizar algún comentario sobre estos resultados, por favor marque con una X la casilla bajo el resultado que desea comentar.
						El órgano regulador interpreta la legislación para facilitar y acoger los cambios en las necesidades de protección de los ciudadanos.	
						El órgano regulador ha de rendir cuentas de su desempeño.	
						Hay procesos de iniciación para los nuevos miembros de la Junta.	
						Los miembros de la Junta del órgano regulador están sujetos a una evaluación periódica del desempeño.	
						Se desarrollan estándares y competencias y se establecen en colaboración con los proveedores de formación, los empleadores, las organizaciones profesionales y los ciudadanos.	
						Existen criterios claros y las competencias necesarias para la selección y designación de funcionarios senior y miembros de la Junta.	

Deseadibilidad 1-4	Facibilidad 1-4	Importancia 1-4	Confianza 1-4	Modelo regulatorio 1-5	Planteamiento Administrativo 1-6	Característica (Ejemplos de órgano regulador de alto desempeño)	Si desea realizar algún comentario sobre estos resultados, por favor marque con una X la casilla bajo el resultado que desea comentar.
						El órgano regulador tiene un conjunto de procedimientos operativos claramente definidos y a disposición del público.	
						Todos los comités tienen términos de referencia explícitos que se revisan periódicamente y se informa con regularidad sobre las actividades de los comités al órgano regulador al completo.	
						Existen procesos de apelación claros a los que se puede recurrir si se piensa que las decisiones o acciones del órgano regulador son poco sólidas	
						El órgano regulador comenta de forma rutinaria las reformas y los cambios de los sistemas sanitarios más amplios.	
						Los procedimientos de renovación de la licencia son eficientes y eficaces.	
						El órgano regulador infunde valores morales sólidos a los colegiados.	

Deseabilidad 1-4	Facibilidad 1-4	Importancia 1-4	Confianza 1-4	Modelo regulatorio 1-5	Planteamiento Administrativo 1-6	Característica (Ejemplos de órgano regulador de alto desempeño)	Si desea realizar algún comentario sobre estos resultados, por favor marque con una X la casilla bajo el resultado que desea comentar.
						Existen procedimientos en materia de competencia continuada que utilizan datos de varias fuentes.	
						El órgano regulador examina de forma rutinaria una muestra de los procesos de competencia continuada completados.	
						El órgano regulador tiene mecanismos para alinear sus sistemas de acreditación con otras agencias a la vez que contribuye a cumplir con su mandato.	
						Promueve temas profesionales congruentes con la protección de los ciudadanos.	
						La junta regulatoria mantiene un equilibrio entre miembros profesionales y miembros laicos.	
						El órgano regulador tiene estándares de desempeño en relación con la recepción, reconocimiento, investigación y resolución de quejas o alegaciones en materia de habilitación para ejercer.	

Deseadibilidad 1-4	Factibilidad 1-4	Importancia 1-4	Confianza 1-4	Modelo regulatorio 1-5	Planteamiento Administrativo 1-6	Característica (Ejemplos de órgano regulador de alto desempeño)	Si desea realizar algún comentario sobre estos resultados, por favor marque con una X la casilla bajo el resultado que desea comentar.
						El órgano regulador tiene recursos adecuados para permitir el cumplimiento de todas las responsabilidades.	
						Toda la toma de decisiones es transparente, está documentada y es accesible para la profesión y el público.	
						Los procesos relativos a los enfermeros que desean emigrar de la jurisdicción son eficientes y eficaces.	
						El órgano regulador tiene procesos coherentes con los de las demás disciplinas.	
						El órgano regulador colabora con las demás agencias reguladoras para minimizar la carga administrativa, así como el uso y el impacto de los datos.	
						Elabora guías y reglas que apoyan el cambio en los sistemas de salud.	

Deseabilidad I-4	Facibilidad I-4	Importancia I-4	Confianza I-4	Modelo regulatorio I-5	Planteamiento Administrativo I-6	Característica (Ejemplos de órgano regulador de alto desempeño)	Si desea realizar algún comentario sobre estos resultados, por favor marque con una X la casilla bajo el resultado que desea comentar.
						Se utilizan las tendencias emergentes de los resultados del proceso de conducta y competencia como información para la revisión de los estándares y requisitos en materia de competencia continuada.	
						El órgano regulador mantiene relación y consulta a los grupos de interés clave en la elaboración de políticas y estándares.	
						El órgano regulador tiene un conjunto claro de medidas sobre el desempeño que se comunican periódicamente.	
						El órgano regulador dispone de un plan estratégico con objetivos operativos relacionados que se revisan y actualizan periódicamente.	
						El órgano regulador ofrece información clara y sucinta sobre sus responsabilidades y procesos a los colegiados y al público.	
						Promueve un comportamiento reflexivo y auto-regulatorio entre los colegiados.	

Deseabilidad I-4	Facibilidad I-4	Importancia I-4	Confianza I-4	Modelo regulatorio I-5	Planteamiento Administrativo I-6	Característica (Ejemplos de órgano regulador de alto desempeño)	Si desea realizar algún comentario sobre estos resultados, por favor marque con una X la casilla bajo el resultado que desea comentar.
						El órgano regulador tiene un planteamiento imparcial a la hora de afrontar alegaciones tanto en relación con las quejas o los colegiados.	
						Existe un abanico adecuado de sanciones importantes por el incumplimiento de los estándares y de los códigos de conducta.	
						El órgano regulador actúa de forma que mantiene la confianza de los ciudadanos, los profesionales, los empleadores y otros grupos de interés clave.	
						Se encuentran fácilmente a disposición procedimientos claros, accesibles y bien publicitados en relación con las quejas.	
						El órgano regulador mantiene su independencia al resolver alegaciones y quejas.	
						El órgano regulador mantiene su orientación, códigos, estándares, competencias al día en función de las expectativas de los ciudadanos.	

Desabilidad 1-4	Factibilidad 1-4	Importancia 1-4	Confianza 1-4	Modelo regulatorio 1-5	Planteamiento Administrativo 1-6	Característica (Ejemplos de órgano regulador de alto desempeño)	Si desea realizar algún comentario sobre estos resultados, por favor marque con una X la casilla bajo el resultado que desea comentar.
						El órgano regulador garantiza que los programas educativos estén alineados con las competencias que los colegiados requieren para su habilitación para ejercer.	
						El órgano regulador tiene procedimientos y procesos de recuperación en caso de desastre.	
						El órgano regulador dispone de mecanismos para detectar y tratar solicitudes fraudulentas y solicitudes de verificación.	
						El órgano regulador tiene acceso a asesoramiento experto relevante para apoyar sus procesos de toma de decisiones.	
						El órgano regulador monitoriza su desempeño e intenta constantemente mejorar el tiempo requerido para tratar alegaciones en materia de la habilitación para ejercer.	
						El órgano regulador interpreta la legislación de forma coherente y permisiva evitando así la necesidad de nueva legislación.	

Debilidad 1-4	Factibilidad 1-4	Importancia 1-4	Confianza 1-4	Modelo regulatorio 1-5	Planteamiento Administrativo 1-6	Característica (Ejemplos de órgano regulador de alto desempeño)	Si desea realizar algún comentario sobre estos resultados, por favor marque con una X la casilla bajo el resultado que desea comentar.
						El órgano regulador utiliza nuevas tecnologías para agilizar los procesos comerciales y regulatorios.	
						El órgano regulador identifica y promueve las mejores prácticas regulatorias.	
						El órgano regulador garantizar que únicamente aquellas personas que cumplen con los criterios estipulados para obtener la licencia puedan ejercer como enfermeros profesionales.	
						El órgano regulador desarrolla y promueve códigos éticos y deontológicos sólidos.	
						El registro es preciso, completo y fácilmente accesible al público, los colegiados, los empleadores y cualquier otra parte interesada.	
						Los canales de información son claros y los informes son completos y oportunos.	

Desempeño 1-4	Facilidad 1-4	Importancia 1-4	Confianza 1-4	Modelo regulatorio 1-5	Planteamiento Administrativo 1-6	Característica (Ejemplos de órgano regulador de alto desempeño)	Si desea realizar algún comentario sobre estos resultados, por favor marque con una X la casilla bajo el resultado que desea comentar.
						Aunque pueda haber aportaciones de varios grupos de interés en el desarrollo de los estándares, los códigos o las políticas y los procedimientos del ámbito de la práctica, su aplicación está libre de cualquier influencia inadecuada del gobierno, la profesión o cualquier otra parte interesada.	

Si considera que hay que añadir alguna característica adicional a la lista anterior, por favor márquelas a continuación y puntúelas.
Se reunirán e incluirán en la última ronda del cuestionario Delphi.

Si desea realizar comentarios adicionales sobre esta ronda del estudio, escríbalos a continuación.

Muchas gracias por su contribución a este importante estudio. Sus respuestas serán analizadas y el último cuestionario se le enviará en unas semanas.

David C Benton
Director Ejecutivo, Consejo Internacional de Enfermeras
Doctorando, Universidad Complutense de Madrid

Anexo 6

**Ronda tres - Herramienta del estudio Delphi y notas
explicativas.**



Número de identificación del
panelista

Estimado XXXX

**Análisis comparativo internacional sobre la regulación de la práctica enfermera
– Cuestionario de la ronda final**

Le remito adjunto le cuestionario de la **Ronda tres** asociado con el estudio anteriormente mencionado. Esta es su última oportunidad de contribuir a este importante trabajo. Espero que pueda enviar el cuestionario cumplimentado en la fecha establecida, que está marcada claramente en el margen superior derecho del cuestionario y también a continuación. Le enviaremos un recordatorio unos días antes del vencimiento del plazo.

Además de esta carta se le ha enviado:

- Una copia del cuestionario de la Ronda Tres con información resumida sobre las respuestas de la Ronda Dos del estudio Delphi.
- Si cumplimentó el cuestionario de la Ronda dos, una copia del documento que me envió por si desea compararla con el resumen contenido en este último cuestionario.

El nivel de acuerdo ha sido muy elevado en la mayoría de las características propuestas como posibles indicadores de una junta de alto desempeño. Sin embargo, se han recibido pocos comentarios específicos relativos al modelo regulatorio preferido y el planteamiento administrativo asociado. Por ello, ese es el foco principal de esta ronda final.

La fecha de entrega del presente cuestionario es el **26 de octubre**.

Le agradezco de nuevo su apoyo en este importante estudio. Una vez haya completado y defendido mi tesis, le enviaré una copia en formato pdf para su información.

Atentamente,

David C Benton
Director Ejecutivo, Consejo Internacional de Enfermeras
Doctorando, Universidad Complutense de Madrid

Ronda tres - Herramienta del estudio Delphi y notas explicativas.

En esta **Ronda final** el cuestionario ofrece la retroalimentación cuantitativa y cualitativa agregada del cuestionario de la Ronda Dos junto con el resumen de los comentarios de los panelistas.

En esta Ronda los panelistas tienen la oportunidad de revisar la última iteración de la definición de regulación profesional así como de insertar revisiones de evaluaciones de las distintas características. Cualquier puntuación revisada, se deberá insertar en las áreas sombreadas.

Sección 1 - Definición revisada de Regulación Profesional

Aunque la Ronda Dos generó un nivel de acuerdo muy elevado en relación con la definición presentada (contenido conceptual, claridad, material no redundante y naturaleza actual de la definición) y cada medición alcanzó o superó los criterios, establecidos previamente al estudio, de consenso, $\geq 67\%$ de acuerdo y rango intercuartil ≤ 1 . Algunos encuestados sí que realizaron otros comentarios que se indican a continuación.

- Cuatro encuestados resaltaron que no todas las jurisdicciones aceptan que los enfermeros son plenamente autónomos y que además el ámbito de algunos órganos reguladores incorpora una combinación de distintos niveles de profesionales, actuando algunos de éstos bajo supervisión, mientras que otros son autónomos.

Se propuso que el término más amplio ‘profesión’ se utilizara en lugar de profesional. Sin embargo hay dos problemas en este enfoque. En primer lugar, la regulación sí que influye en la profesión, pero por ejemplo en términos de dirección y ámbito de la práctica sería el individuo el foco importante de la mayoría de la legislación. En segundo lugar, el término ‘profesión’ implica un determinado nivel de preparación y estatus y en algunas jurisdicciones las responsabilidades del órgano regulador se amplían al personal de apoyo. Por eso se propuso otra revisión de esta parte de la definición en el cuestionario de la Ronda Tres.
- Tres encuestados resaltaron que quizá hubiera un supuesto no válido en el último punto de la definición revisada. En concreto, se cuestionó si las necesidades de los sistemas sanitarios y las necesidades de los pacientes son sinónimos. Los encuestados señalaron que no tiene por qué ser así y propusieron que se buscara una formulación más explícita para reflejar el alineamiento con el paciente.
- Dos encuestados opinaron que es necesario definir e elaborar mejor algunos de los términos. Asimismo, se planteó la cuestión de a quién se dirige la definición. También se sugirió que quizá sea necesario añadir más texto especialmente para que el público profano entienda las complejidades de los distintos temas abordados. Esto se basa en algunas de las ideas, a la par que contribuye a aclararlas, que surgieron en la Ronda Uno en la que se resaltó que la definición contenía varios componentes. Considerando los distintos puntos, es posible determinar cinco componentes en la definición: sujeto, finalidad, mecanismos, medios y resultados. En este sentido, para intentar mantener la definición relativamente sucinta, además de revisar la definición de la Ronda Tres, se identifican y elaboran explícitamente cinco componentes con más detalle en formato anotación.
- Se resaltó que quien tiene la facultad de definir, implantar y aplicar estándares y códigos puede variar en función del sistema jurídico vigente en una determinada jurisdicción. Se sugirió la necesidad de introducir “/o” tras ‘... legalmente aplicada y’ con el fin de acoger un mayor abanico de órganos reguladores.
- Cinco encuestados comentaron el punto “*Circulación eficiente y eficaz entre jurisdicciones*”. Sin embargo, se manifestaron opiniones diversas porque dos pensaban

que esto no tiene nada que ver con la protección de los ciudadanos y que se debía borrar mientras que tres encuestados pensaban exactamente lo contrario, es decir, que los enfermeros migrantes representaban tal amenaza para la seguridad del paciente que celebraban la introducción de este punto y creían que se debía elaborar aún más.

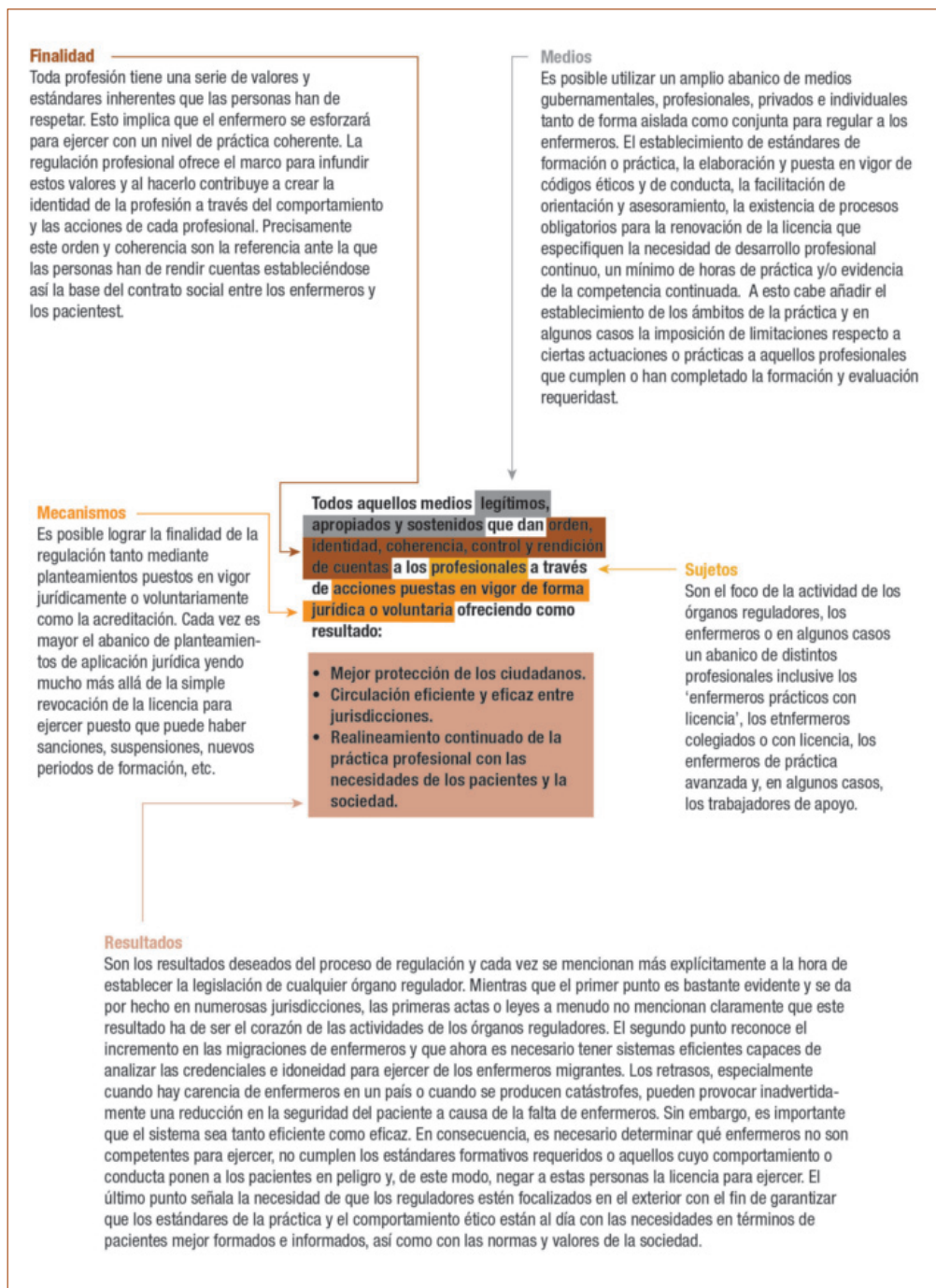
- Cinco encuestados efectuaron comentarios sobre la naturaleza compleja de la definición. Concluyeron que era todo encontrar un equilibrio entre una definición completa y la sencillez. Asimismo, se señaló el problema de traducir estructuras lingüísticas complejas a otra lengua. Dos de los encuestados ofrecieron una versión más sencilla. Sin embargo, cada uno de ellos puso énfasis en aspectos distintos.

Teniendo en cuenta los comentarios anteriores, en la Figura 1 se presenta una definición revisada con un ejemplo ilustrativo de cómo se pueden seguir elaborando los cinco componentes. Se pide a los encuestados que revisen la definición y añadan cualquier comentario que deseen en el recuadro de texto a continuación.

Por favor, introduzca aquí cualquier comentario que desee sobre la definición revisada y elaborada de Regulación Profesional, Figura 1.

Por favor, introduzca aquí cualquier comentario que desee sobre la incorporación de las notas de elaboración.

Figura 1. Ronda Tres estudio Delphi – Definición y elaboración asociada de “Regulación Profesional”



SECCIÓN 2 Parte 1

(Deseabilidad, Factibilidad, Importancia y Confianza)

Con la excepción de dos ítems, el porcentaje de consenso en los 49 ítems ha sido extremadamente alto y 193 de 196 puntuaciones han alcanzado el umbral predeterminado de 67% de acuerdo.

Además, 192 de 196 mediciones del rango intercuartil han alcanzado el nivel requerido de ≤ 1 .

Se señaló que por desgracia se había producido un error tipográfico en uno de los ítems, lo cual podría haber provocado confusión. Concretamente, el término *morale* se utilizó por error en lugar de **MORAL**.

El otro ítem en el que no hubo consenso fue el de las mediciones “confianza” (que obtuvo un 63% de consenso) y dos de las puntuaciones de rango intercuartil, “deseabilidad” y “confianza”, cada una con una puntuación de 1,75:

El órgano regulador interpreta la legislación de forma coherente y permisiva evitando así la necesidad de nueva legislación.

En consecuencia, me gustaría que analizaran de nuevo estos ítems y los puntuaran de nuevo realizando comentarios específicos sobre el por qué de cada puntuación. Les facilito de nuevo copia de las definiciones asociadas a las distintas puntuaciones

Dimensión	Valor	Etiqueta	Explicación
Deseabilidad (Eficacia o ventajas)	1	Muy deseable	<ul style="list-style-type: none"> Tendrá un efecto positivo y poco o ningún efecto negativo. Extremamente ventajosa. Justificable por méritos propios.
	2	Deseable	<ul style="list-style-type: none"> Tendrá un efecto positivo y poco o ningún efecto negativo. Ventajosa. Justificable como un derivado o en combinación con otros ítems.
	3	No deseable	<ul style="list-style-type: none"> Tendrá un efecto negativo. Perjudicial. Justificable como derivado de un ítem muy deseable, no justificada como un derivado de un ítem deseable.
	4	Muy deseable	<ul style="list-style-type: none"> Tendrá un gran impacto negativo. Extremamente perjudicial. No justificable.

Dimensión	Valor	Etiqueta	Explicación
Factibilidad (Viabilidad)	1	Sin duda factible	<ul style="list-style-type: none"> Ningún obstáculo para su implantación. No es necesaria ninguna investigación o desarrollo. Ninguna barrera política. Aceptable para los ciudadanos.
	2	Posiblemente factible	<ul style="list-style-type: none"> Alguna indicación de que es implantable. Todavía falta investigación y desarrollo. Es necesaria mayor consideración o preparación frente a la reacción de los ciudadanos.
	3	Posiblemente no factible	<ul style="list-style-type: none"> Algunas indicaciones son negativas. Cuestiones importantes sin respuesta. Posibles obstáculos políticos
	4	Sin lugar a dudas no es factible	<ul style="list-style-type: none"> Todos los indicadores son negativos. Firmes obstáculos políticos. Impracticable. No se puede implantar.

Dimensión	Valor	Etiqueta	Explicación
Importancia (Prioridad o relevancia)	1	Muy importante	<ul style="list-style-type: none"> • Un punto muy relevante. • Prioridad de primer orden. • Tiene un impacto directo en temas importantes. • Se debe resolver, abordar o afrontar.
	2	Importante	<ul style="list-style-type: none"> • Es relevante para la cuestión. • Prioridad importante. • Impacto significativo pero no hasta que se afronten los demás ítems. • No se tiene que resolver plenamente.
	3	Ligeramente importante	<ul style="list-style-type: none"> • Relevancia insignificante. • Posiblemente una prioridad. • Tiene poca importancia. • No es un factor determinante respecto a los temas principales.
	4	Sin importancia	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguna prioridad. • Ninguna relevancia. • Ningún efecto medible. • Se debe abandonar como ítem a considerar.

Dimensión	Valor	Etiqueta	Explicación
Confianza (en la validez del argumento o premisa)	1	Certera	<ul style="list-style-type: none"> • Bajo riesgo de error. • La decisión basada en ella no será errónea por el “hecho”. • La mayoría de las deducciones derivadas de aquí serán ciertas.
	2	Fiable	<ul style="list-style-type: none"> • Algún riesgo de error. • Voluntad de tomar una decisión sobre esta base pero reconociendo que hay posibilidades de error. • Se pueden derivar algunas deducciones incorrectas.
	3	Arriesgada	<ul style="list-style-type: none"> • Gran riesgo de error. • De ninguna utilidad como base para tomar una decisión. • Se pueden derivar numerosas deducciones incorrectas.
	4	No fiable	<ul style="list-style-type: none"> • Gran riesgo de error. • De ninguna utilidad como base para tomar una decisión.

Desempeño 1-4	Factibilidad 1-4	Importancia 1-4	Confianza 1-4	Modelo regulatorio 1-5	Planteamiento Administrativo 1-6	Característica (Ejemplos de órgano regulador de alto desempeño)	Si desea realizar algún comentario sobre estos resultados, por favor marque con una X la casilla bajo el resultado que desea comentar - añadir otras letras para comentarios adicionales.
						El órgano regulador infunde valores morales sólidos en los colegiados.	
						El órgano regulador interpreta de forma consistente la legislación de manera permisiva con el fin de evitar la necesidad de nueva legislación.	

Organización de las características e introducción de posibles temas.

Algunos encuestados (6) identificaron la necesidad de estructurar las afirmaciones de forma más lógica en lugar de colocarlas, tal y como se había hecho, en el cuestionario de la Ronda 2, en orden aleatorio, es decir, agrupando conceptos similares. Por ejemplo, cuatro encuestados comentaron que algunas afirmaciones estaban relacionadas con la buena gobernanza organizativa o interna y que también eran importantes aunque no fueran necesariamente exclusivas de los órganos reguladores. Se han podido identificar otras características relativas a responsabilidades y funciones particulares según se establece en la legislación como en el caso del comportamiento ético y profesional. *En este sentido, se ha elaborado la Figura 2 para agrupar las 49 afirmaciones actuales en función de cuatro títulos principales: Defensa de la Legislación y Capacidad de Respuesta, Gobernanza Organizativa e Interna, Gobernanza Externa y Rendición de cuentas ante el público y Responsabilidades y Funciones.*

Por favor, proporcione sus comentarios sobre esta estructura revisada utilizando la escala Likert de cuatro puntos

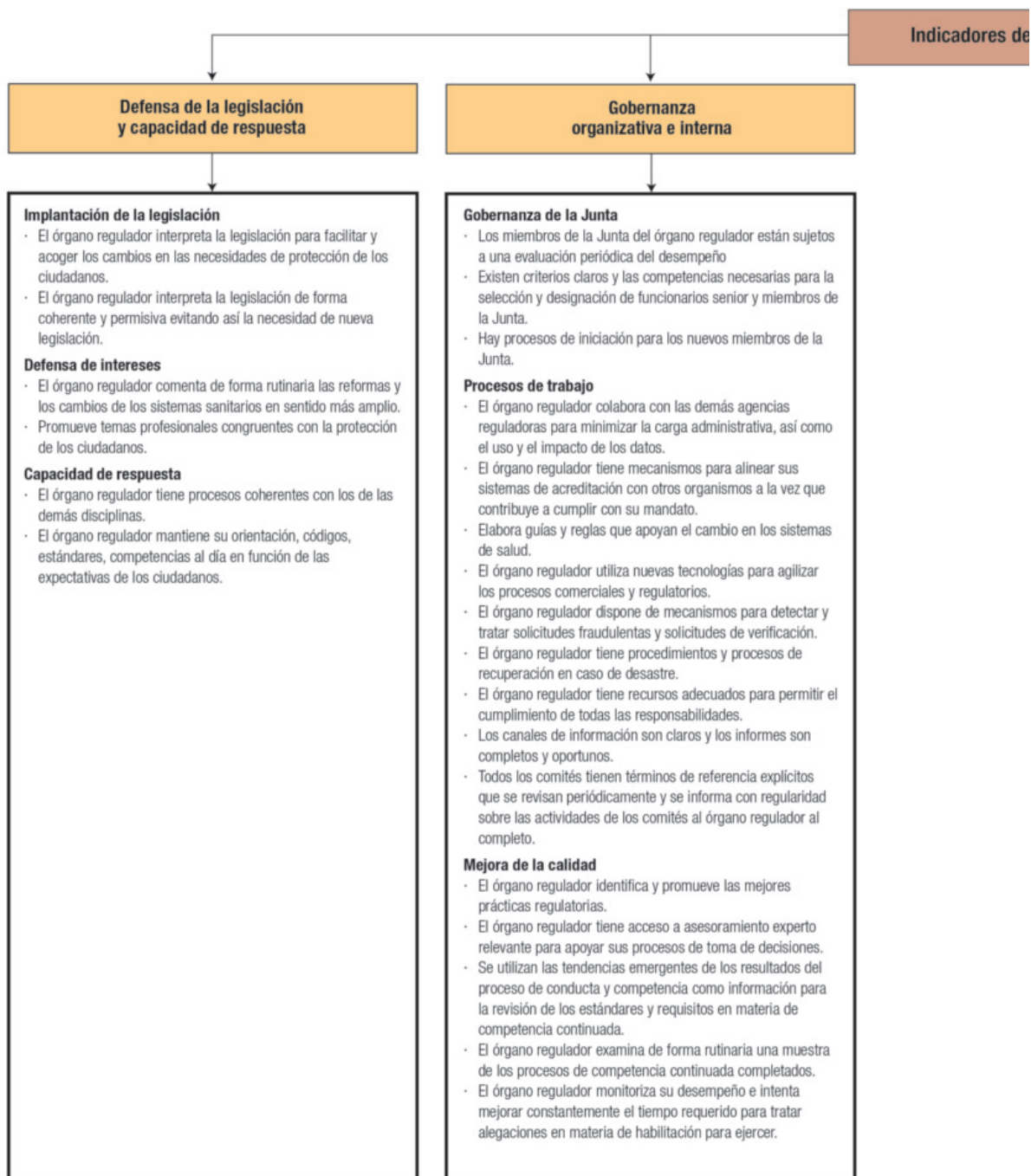
Completamente de acuerdo 1

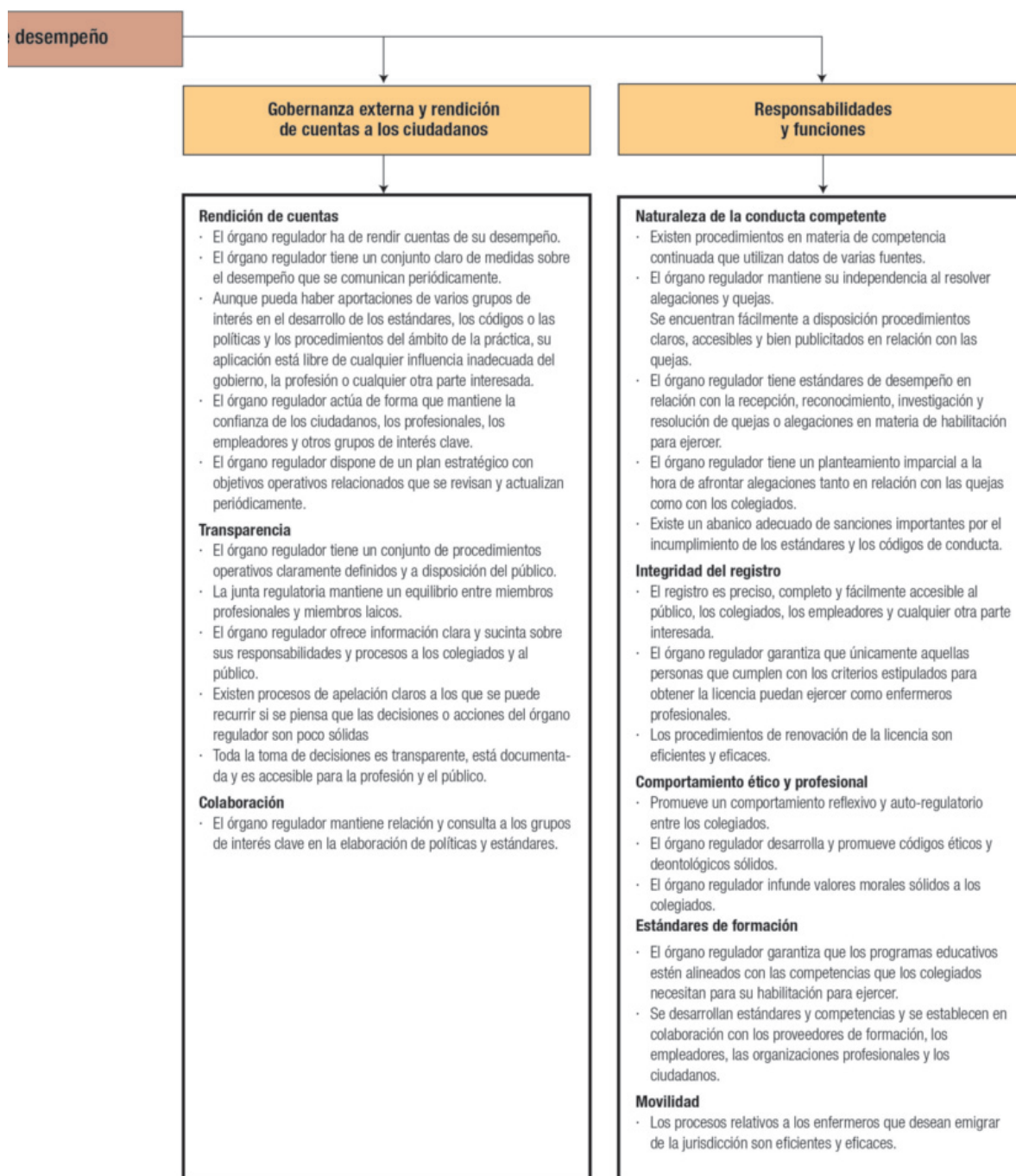
De acuerdo 2

En desacuerdo 3

Completamente en desacuerdo 4

	Cuestión	Puntuación Likert 1-4	Si desea realizar algún comentario sobre estos resultados, por favor hágalo en los recuadros a continuación.
A	La estructura contribuye a aclarar el foco de las características.		
B	Los títulos principales proporcionan una clasificación adecuada de las características (<i>Defensa de la Legislación y Capacidad de Respuesta, Gobernanza Organizativa e Interna, Gobernanza Externa y Rendición de Cuentas Pública y Responsabilidades y Funciones</i>).		
C	Los subtemas proporcionan una clasificación adecuada de las características detalladas.		



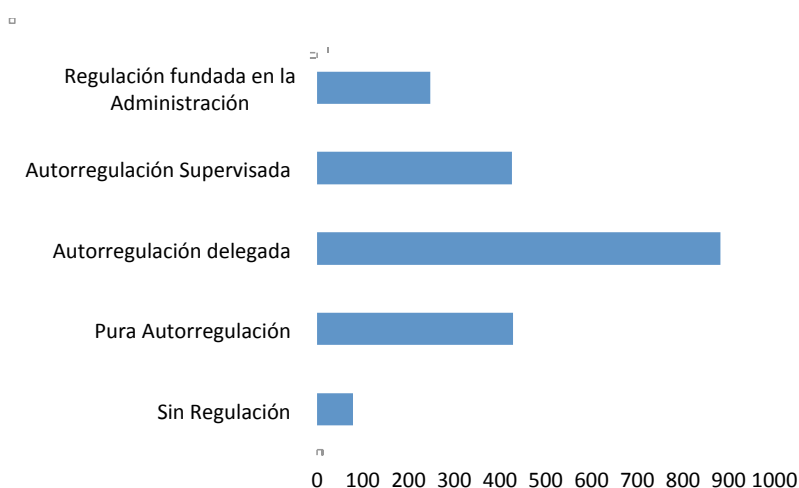


SECCIÓN 2 Parte 2

Por favor, tenga en cuenta que esta sección se centra exclusivamente en los **MODELOS DE REGULACIÓN** y la siguiente parte del cuestionario se centrará en los planteamientos administrativos

Tal y como se aprecia en el gráfico a continuación, que ofrece un resumen agregado de los resultados de las 49 características, en general los encuestados pensaban que el modelo de auto-regulación delegada es el que más potencial tiene para alcanzar las características de un órgano regulado de alto desempeño. Sin embargo, pocos encuestados realizaron comentarios sobre sus reflexiones antes de elegir un modelo. En esta última ronda apreciaría cualquier comentario que quiera realizar sobre por qué cree que un modelo en particular es más adecuado para la característica específica. Comprender esto es importante para diferenciar los modelos

(Continuum de Regulación Profesional Enfermera)



La definición de las dimensiones sobre los distintos modelos se repite de nuevo por conveniencia. Se ha vuelto a incorporar cada ítem con el resumen de las puntuaciones concedidas por el encuestado en la Ronda Dos.

Para contribuir a aclarar sus comentarios, coloque una “X” en el modelo en particular que desee comentar y seguidamente introduzca su aportación en el espacio a disposición. Si desea comentar más de uno de los modelos coloque otra letra o símbolo bajo el segundo modelo sobre el que quiera facilitar su opinión. Puede comentar todas las características que desee

Dimensión	Valor	Etiqueta	Explicación
Continuum de regulación profesional enfermera	1	Ninguna regulación	Los ciudadanos y consumidores están plenamente empoderados para aprovechar completamente los servicios ofrecidos y disponen de suficiente información para tomar decisiones informadas y evitar daños.
	2	Auto-regulación pura	Los profesionales organizados establecen sus propios estándares de conducta y los aplican sin la participación del gobierno, ni en la redacción de los mismos, ni en la promoción de su uso o su aplicación.
	3	Auto-regulación delegada	La profesión, a través de una junta autónoma, elabora y administra un código de conducta, así como estándares de la práctica y la formación, y el gobierno proporciona la facultad de aplicar el código otorgándole algún tipo de respaldo legislativo.
	4	Auto-regulación supervisada	La profesión, a través de una junta designada, elabora y administra un código de conducta, estándares de práctica y formación, y el gobierno aprueba estos mecanismos y proporciona la capacidad de aplicar el código concediendo algún tipo de respaldo legislativo que después supervisa un poder superior que puede intervenir en determinadas circunstancias.
	5	Regulación estatal	El Estado especifica y administra las reglas, códigos y estándares pudiendo después emplear directamente a personal profesional que facilite los conocimientos expertos necesarios.

Característica (Ejemplos de órgano regulador de alto desempeño)	Continuum de Regulación Profesional Enfermera						Si desea realizar algún comentario sobre estos resultados, por favor marque con una X la casilla bajo el resultado que desea comentar - añadir otras letras para comentarios adicionales.
	Ninguna regulación	Auto-regulación pura	Auto-regulación delegada	Auto-regulación supervisada	Regulación estatal		
El órgano regulador interpreta la legislación para facilitar y acoger los cambios en las necesidades de protección de los ciudadanos	0	7	20	11	6		
El órgano regulador ha de rendir cuentas de su desempeño.	1	8	16	15	4		
Hay procesos de iniciación para los nuevos miembros de la Junta	2	9	16	11	4		
Los miembros de la Junta del órgano regulador están sujetos a una evaluación periódica del desempeño	2	9	14	10	6		
Se desarrollan estándares y competencias y se establecen en colaboración con los proveedores de formación, los empleadores, las organizaciones profesionales y los ciudadanos	2	9	22	8	3		
Existen criterios claros y las competencias necesarias para la selección y designación de funcionarios senior y miembros de la Junta.	2	6	22	10	3		

Característica (Ejemplos de órgano regulador de alto desempeño)	Continuum de Regulación Profesional Enfermera					Si desea realizar algún comentario sobre estos resultados, por favor marque con una X la casilla bajo el resultado que desea comentar - añadir otras letras para comentarios adicionales.
	Ninguna regulación	Auto-regulación pura	Auto-regulación delegada	Auto-regulación supervisada	Regulación estatal	
El órgano regulador tiene un conjunto de procedimientos operativos claramente definidos y a disposición del público.	1	12	13	10	7	
Todos los comités tienen términos de referencia explícitos que se revisan periódicamente y se informa con regularidad sobre las actividades de los comités al órgano regulador al completo.	1	8	17	12	4	
Existen procesos de apelación claros a los que se puede recurrir si se piensa que las decisiones o acciones del órgano regulador son poco sólidas	2	9	16	9	7	
El órgano regulador comenta de forma rutinaria las reformas y los cambios de los sistemas sanitarios más amplios.	0	13	20	5	5	
Los procedimientos de renovación de la licencia son eficientes y eficaces	0	9	18	10	5	
El órgano regulador infunde valores morales sólidos a los colegiados	2	10	21	6	3	

Característica (Ejemplos de órgano regulador de alto desempeño)	Continuum de Regulación Profesional Enfermera					Si desea realizar algún comentario sobre estos resultados, por favor marque con una X la casilla bajo el resultado que desea comentar - añadir otras letras para comentarios adicionales.
	Ninguna regulación	Auto-regulación pura	Auto-regulación delegada	Auto-regulación supervisada	Regulación estatal	
Existen procedimientos en materia de competencia continuada que utilizan datos de varias fuentes.	1	8	17	10	6	
El órgano regulador examina de forma rutinaria una muestra de los procesos de competencia continuada completados.	1	10	18	9	4	
El órgano regulador tiene mecanismos para alinear sus sistemas de acreditación con otras agencias a la vez que contribuye a cumplir con su mandato.	1	7	20	9	4	
Promueve temas profesionales congruentes con la protección de los ciudadanos.	1	10	19	8	4	
La junta regulatoria mantiene un equilibrio entre miembros profesionales y miembros laicos.	1	12	16	7	5	
El órgano regulador tiene estándares de desempeño en relación con la recepción, reconocimiento, investigación y resolución de quejas o alegaciones en materia de habilitación para ejercer.	1	10	17	9	6	

Característica (Ejemplos de órgano regulador de alto desempeño)	Continuum de Regulación Profesional Enfermera					Si desea realizar algún comentario sobre estos resultados, por favor marque con una X la casilla bajo el resultado que desea comentar - añadir otras letras para comentarios adicionales.
	Ninguna regulación	Auto-regulación pura	Auto-regulación delegada	Auto-regulación supervisada	Regulación estatal	
El órgano regulador tiene recursos adecuados para permitir el cumplimiento de todas las responsabilidades.	2	9	16	9	7	
Toda la toma de decisiones es transparente, está documentada y es accesible para la profesión y el público.	2	10	15	9	6	
Los procesos relativos a los enfermeros que desean emigrar de la jurisdicción son eficientes y eficaces.	3	8	13	12	6	
El órgano regulador tiene procesos coherentes con los de las demás disciplinas.	5	6	14	7	9	
El órgano regulador colabora con las demás agencias reguladoras para minimizar la carga administrativa, así como el uso y el impacto de los datos.	4	6	16	6	10	
Elabora guías y reglas que apoyan el cambio en los sistemas de salud.	4	4	18	9	7	

Característica (Ejemplos de órgano regulador de alto desempeño)	Continuum de Regulación Profesional Enfermera					Si desea realizar algún comentario sobre estos resultados, por favor marque con una X la casilla bajo el resultado que desea comentar - añadir otras letras para comentarios adicionales.
	Ninguna regulación	Auto-regulación pura	Auto-regulación delegada	Auto-regulación supervisada	Regulación estatal	
Se utilizan las tendencias emergentes de los resultados del proceso de conducta y competencia como información para la revisión de los estándares y requisitos en materia de competencia continuada.	1	10	22	8	2	
El órgano regulador mantiene relación y consulta a los grupos de interés clave en la elaboración de políticas y estándares.	2	8	17	10	6	
El órgano regulador tiene un conjunto claro de medidas sobre el desempeño que se comunican periódicamente.	1	8	22	9	3	
El órgano regulador dispone de un plan estratégico con objetivos operativos relacionados que se revisan y actualizan periódicamente.	0	11	19	9	3	
El órgano regulador ofrece información clara y sucinta sobre sus responsabilidades y procesos a los colegiados y al público.	3	9	21	6	4	
Promueve un comportamiento reflexivo y auto-regulatorio entre los colegiados.	1	11	19	7	3	

Característica (Ejemplos de órgano regulador de alto desempeño)	Continuum de Regulación Profesional Enfermera						Si desea realizar algún comentario sobre estos resultados, por favor marque con una X la casilla bajo el resultado que desea comentar - añadir otras letras para comentarios adicionales.
	Ninguna regulación	Auto-regulación pura	Auto-regulación delegada	Auto-regulación supervisada	Regulación estatal		
El órgano regulador tiene un planteamiento imparcial a la hora de afrontar alegaciones tanto en relación con las quejas o los colegiados.	1	8	16	11	5		
Existe un abanico adecuado de sanciones importantes por el incumplimiento de los estándares y de los códigos de conducta.	1	10	19	7	5		
El órgano regulador actúa de forma que mantiene la confianza de los ciudadanos, los profesionales, los empleadores y otros grupos de interés clave.	1	9	18	9	5		
Se encuentran fácilmente a disposición procedimientos claros, accesibles y bien publicitados en relación con las quejas.	1	8	16	11	6		
El órgano regulador mantiene su independencia al resolver alegaciones y quejas.	1	10	15	12	4		
El órgano regulador mantiene su orientación, códigos, estándares, competencias al día en función de las expectativas de los ciudadanos.	2	9	20	7	4		

Característica (Ejemplos de órgano regulador de alto desempeño)	Continuum de Regulación Profesional Enfermera					Si desea realizar algún comentario sobre estos resultados, por favor marque con una X la casilla bajo el resultado que desea comentar - añadir otras letras para comentarios adicionales.
	Ninguna regulación	Auto-regulación pura	Auto-regulación delegada	Auto-regulación supervisada	Regulación estatal	
El órgano regulador garantiza que los programas educativos estén alineados con las competencias que los colegiados requieren para su habilitación para ejercer.	1	8	22	8	4	
El órgano regulador tiene procedimientos y procesos de recuperación en caso de desastre.	1	8	14	9	9	
El órgano regulador dispone de mecanismos para detectar y tratar solicitudes fraudulentas y solicitudes de verificación.	1	10	18	7	7	
El órgano regulador tiene acceso a asesoramiento experto relevante para apoyar sus procesos de toma de decisiones.	2	8	20	8	5	
El órgano regulador monitoriza su desempeño e intenta constantemente mejorar el tiempo requerido para tratar alegaciones en materia de la habilitación para ejercer.	2	8	19	8	5	
El órgano regulador interpreta la legislación de forma coherente y permisiva evitando así la necesidad de nueva legislación.	2	6	18	11	4	

Característica (Ejemplos de órgano regulador de alto desempeño)	Continuum de Regulación Profesional Enfermera					Si desea realizar algún comentario sobre estos resultados, por favor marque con una X la casilla bajo el resultado que desea comentar - añadir otras letras para comentarios adicionales.
	Ninguna regulación	Auto-regulación pura	Auto-regulación delegada	Auto-regulación supervisada	Regulación estatal	
El órgano regulador utiliza nuevas tecnologías para agilizar los procesos comerciales y regulatorios.	2	8	20	7	4	
El órgano regulador identifica y promueve las mejores prácticas regulatorias.	1	7	24	7	2	
El órgano regulador garantizar que únicamente aquellas personas que cumplen con los criterios estipulados para obtener la licencia puedan ejercer como enfermeros profesionales.	2	8	22	5	5	
El órgano regulador desarrolla y promueve códigos éticos y deontológicos sólidos.	1	13	19	4	4	
El registro es preciso, completo y fácilmente accesible al público, los colegiados, los empleadores y cualquier otra parte interesada.	2	8	16	8	7	
Los canales de información son claros y los informes son completos y oportunos.	4	7	14	9	6	

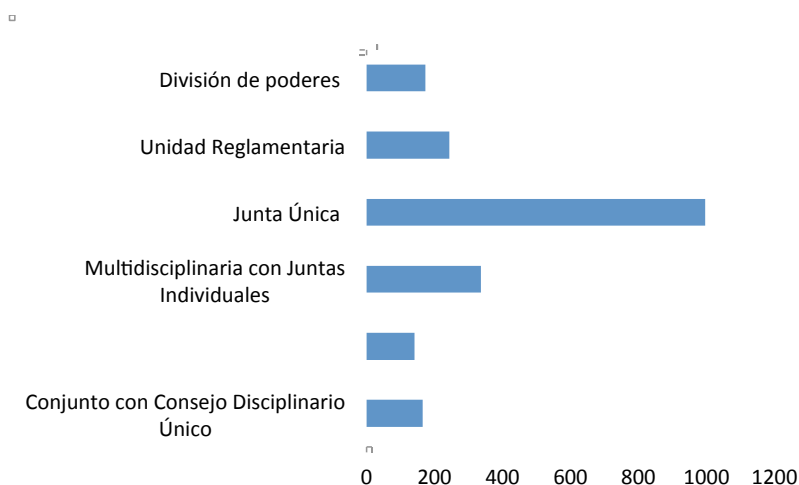
Característica (Ejemplos de órgano regulador de alto desempeño)	Continuum de Regulación Profesional Enfermera					Si desea realizar algún comentario sobre estos resultados, por favor marque con una X la casilla bajo el resultado que desea comentar - añadir otras letras para comentarios adicionales.
	Ninguna regulación	Auto-regulación pura	Auto-regulación delegada	Auto-regulación supervisada	Regulación estatal	
Aunque pueda haber aportaciones de varios grupos de interés en el desarrollo de los estándares, los códigos o las políticas y los procedimientos del ámbito de la práctica, su aplicación está libre de cualquier influencia inadecuada del gobierno, la profesión o cualquier otra parte interesada.	2	9	18	8	4	

Sección 2 Parte 3

Por favor, tenga en cuenta que esta sección se centra exclusivamente en los **PLANTEAMIENTOS ADMINISTRATIVOS**.

Tal y como se aprecia en el gráfico a continuación, que ofrece un resumen agregado de los resultados de las 49 características, en general los encuestados pensaban que una Junta única es la que más potencial tiene para alcanzar las características de un órgano regulado de alto desempeño. De nuevo pocos encuestados realizaron comentarios sobre sus reflexiones antes de elegir un planteamiento administrativo. En esta última parte del cuestionario apreciaría cualquier comentario que quiera realizar sobre por qué cree que un planteamiento en particular es más adecuado para la característica específica. Comprender esto es importante para diferenciar los distintos planteamientos administrativos.

(Planteamientos Administrativos)



La definición de las dimensiones sobre los distintos planteamientos administrativos se repite de nuevo por conveniencia.

Se han vuelto a incorporar 49 ítems con el resumen de las puntuaciones concedidas por el encuestado en la Ronda Dos.

Para contribuir a aclarar sus comentarios, coloque una “X” en el modelo en particular que desee comentar y seguidamente introduzca su aportación en el espacio a disposición. Si desea comentar más de uno de los planteamientos coloque otra letra o símbolo bajo el segundo planteamiento sobre el que quiera facilitar su opinión. Puede comentar todas las características que desee.

	Valor	Modelo	Explicación
Planteamientos Administrativos	1	Junta única multidisciplinar paraguas	Legislación paraguas que cubre varias disciplinas y una única junta de gobernanza que ofrece procedimientos uniformes
	2	Multidisciplinar con juntas individuales pero con servicios compartidos	Legislación paraguas que cubre varias disciplinas con autoridad delegada en varias juntas específicas de la profesión que pueden hacer política en una serie de áreas pero que comparten servicios o sede.
	3	Multidisciplinar con juntas individuales	Legislación paraguas que cubre varias disciplinas con autoridad delegada en varias juntas independientes, específicas de la profesión.
	4	Junta única	Legislación específica de la profesión con poder delegado a una única junta profesional.
	5	Unidad reguladora	Los procesos regulatorios los gestiona una unidad o como parte de una entidad gubernamental como el ministerio de Sanidad establecida mediante un decreto ministerial o de otro tipo.
	6	División de poderes	División de poderes entre las estructuras federales y regionales o distintas entidades relativas a los niveles de enfermera. Un organismo tiene un conjunto de facultades que complementan el de otro organismo.

Característica (Ejemplos de órgano regulador de alto desempeño)	Planteamientos Administrativos						Si desea realizar algún comentario sobre estos resultados, por favor marque con una X la casilla bajo el resultado que desea comentar - añadir otras letras para comentarios adicionales.
	Junta única multidisciplinaria paraguas	Multidisciplinaria con juntas individuales pero con servicios compartidos	Multidisciplinaria con juntas individuales	Junta única	Unidad reguladora	División de poderes	
El órgano regulador interpreta la legislación para facilitar y acoger los cambios en la necesidad de protección de los ciudadanos.	2	5	8	20	4	4	
El órgano regulador ha de rendir cuentas de su desempeño.	3	2	4	25	6	3	
Hay procesos de iniciación para los nuevos miembros de la Junta	5	4	3	21	6	2	
Los miembros de la Junta del órgano regulador están sujetos a una evaluación periódica del desempeño.	3	2	6	22	6	2	

Característica (Ejemplos de órgano regulador de alto desempeño)	Planteamientos Administrativos						Si desea realzar algún comentario sobre estos resultados, por favor marque con una X la casilla bajo el resultado que desea comentar - añadir otras letras para comentarios adicionales.
	Junta única multidisciplinaria paraguas	Multidisciplinar con juntas individuales pero con servicios compartidos	Multidisciplinar con juntas individuales	Junta única	Unidad reguladora	División de poderes	
Se desarrollan estándares y competencias y se establecen en colaboración con los proveedores de formación, los empleadores, las organizaciones profesionales y los ciudadanos	3	4	4	23	4	5	
Existen criterios claros y las competencias necesarias para la selección y designación de funcionarios senior y miembros de la Junta.	4	2	6	21	6	3	
El órgano regulador tiene un conjunto de procedimientos operativos claramente definidos y a disposición del público.	6	1	6	18	7	5	
Todos los comités tienen términos de referencia explícitos que se revisan periódicamente y se informa con regularidad sobre las actividades de los comités al órgano regulador al completo.	3	2	7	21	5	4	

Característica (Ejemplos de órgano regulador de alto desempeño)	Planteamientos Administrativos						Si desea realizar algún comentario sobre estos resultados, por favor marque con una X la casilla bajo el resultado que desea comentar - añadir otras letras para comentarios adicionales.
	Junta única multidisciplinaria	Junta única multidisciplinaria con paraguas	Multidisciplinaria con juntas individuales pero con servicios compartidos	Multidisciplinaria con juntas individuales	Junta única	Unidad reguladora	
Existen procesos de apelación claros a los que se puede recurrir si se piensa que las decisiones o acciones del órgano regulador son poco sólidas	6	3	4	4	19	7	4
El órgano regulador comenta de forma rutinaria las reformas y los cambios de los sistemas sanitarios más amplios.	3	3	6	6	23	3	5
Los procedimientos de renovación de la licencia son eficientes y eficaces.	2	4	5	5	21	5	5
El órgano regulador infunde valores morales sólidos a los colegiados.	2	0	9	9	25	4	2

Característica (Ejemplos de órgano regulador de alto desempeño)	Planteamientos Administrativos						Si desea realizar algún comentario sobre estos resultados, por favor marque con una X la casilla bajo el resultado que desea comentar - añadir otras letras para comentarios adicionales.
	Junta única multidisciplinaria	Junta única multidisciplinaria con paraguas	Junta única multidisciplinaria con servicios compartidos	Junta única multidisciplinaria con juntas individuales	Junta única	Unidad reguladora	
Existen procedimientos en materia de competencia continuada que utilizan datos de varias fuentes.	1	5	9	18	5	4	
El órgano regulador examina de forma rutinaria una muestra de los procesos de competencia continuada completados.	2	4	8	21	5	2	
El órgano regulador tiene mecanismos para alinear sus sistemas de acreditación con otras agencias a la vez que contribuye a cumplir con su mandato.	3	6	8	17	3	4	
Promueve temas profesionales congruentes con la protección de los ciudadanos.	3	4	7	22	4	2	

Característica (Ejemplos de órgano regulador de alto desempeño)	Planteamientos Administrativos						Si desea realizar algún comentario sobre estos resultados, por favor marque con una X la casilla bajo el resultado que desea comentar - añadir otras letras para comentarios adicionales.
	Junta única multidisciplinaria	Junta única multidisciplinaria con paraguas	Multidisciplinaria con juntas individuales pero con servicios compartidos	Multidisciplinaria con juntas individuales	Junta única	Unidad reguladora	
La junta regulatoria mantiene un equilibrio entre miembros profesionales y miembros laicos.	3	3	7	21	4	3	
El órgano regulador tiene estándares de desempeño en relación con la recepción, reconocimiento, investigación y resolución de quejas o alegaciones en materia de habilitación para ejercer.	3	3	7	18	7	5	
El órgano regulador tiene recursos adecuados para permitir el cumplimiento de todas las responsabilidades.	6	3	5	18	5	6	
Toda la toma de decisiones es transparente, está documentada y es accesible para la profesión y el público.	6	3	6	18	4	5	

Característica (Ejemplos de órgano regulador de alto desempeño)	Planteamientos Administrativos						Si desea realizar algún comentario sobre estos resultados, por favor marque con una X la casilla bajo el resultado que desea comentar - añadir otras letras para comentarios adicionales.
	Junta única multidisciplinaria	Junta única multidisciplinaria con paraguas	Multidisciplinaria con juntas individuales pero con servicios compartidos	Multidisciplinaria con juntas individuales	Junta única	Unidad reguladora	
Los procesos relativos a los enfermeros que desean emigrar de la jurisdicción son eficientes y eficaces.	3	2	4	21	7	5	
El órgano regulador tiene procesos coherentes con los de las demás disciplinas.	5	8	5	14	6	3	
El órgano regulador colabora con las demás agencias reguladoras para minimizar la carga administrativa, así como el uso y el impacto de los datos.	5	6	7	14	7	3	
Elabora guías y reglas que apoyan el cambio en los sistemas de salud.	5	5	5	14	9	4	

Característica (Ejemplos de órgano regulador de alto desempeño)	Planteamientos Administrativos						Si desea realizar algún comentario sobre estos resultados, por favor marque con una X la casilla bajo el resultado que desea comentar - añadir otras letras para comentarios adicionales.
	Junta única multidisciplinaria	Junta única multidisciplinaria con paraguas	Multidisciplinaria con juntas individuales pero con servicios compartidos	Multidisciplinaria con juntas individuales	Junta única	Unidad reguladora	
Se utilizan las tendencias emergentes de los resultados del proceso de conducta y competencia como información para la revisión de los estándares y requisitos en materia de competencia continuada.	2	3	8	23	5	2	
El órgano regulador mantiene relación y consulta a los grupos de interés clave en la elaboración de políticas y estándares.	4	3	9	17	5	5	
El órgano regulador tiene un conjunto claro de medidas sobre el desempeño que se comunican periódicamente.	1	3	9	22	5	3	
El órgano regulador dispone de un plan estratégico con objetivos operativos relacionados que se revisan y actualizan periódicamente.	1	4	8	21	6	3	

Característica (Ejemplos de órgano regulador de alto desempeño)	Planteamientos Administrativos						Si desea realizar algún comentario sobre estos resultados, por favor marque con una X la casilla bajo el resultado que desea comentar - añadir otras letras para comentarios adicionales.
	Junta única multidisciplinaria	Junta única multidisciplinaria con paraguas	Multidisciplinaria con juntas individuales pero con servicios compartidos	Multidisciplinaria con juntas individuales	Junta única	Unidad reguladora	
El órgano regulador ofrece información clara y sucinta sobre sus responsabilidades y procesos a los colegiados y al público.	2	2	8	20	6	4	
Promueve un comportamiento reflexivo y auto-regulatorio entre los colegiados.	2	1	8	23	6	1	
El órgano regulador tiene un planteamiento imparcial a la hora de afrontar alegaciones tanto en relación con las quejas o los colegiados.	3	3	7	18	6	4	
Existe un abanico adecuado de sanciones importantes por el incumplimiento de los estándares y de los códigos de conducta.	3	2	7	23	4	3	

Característica (Ejemplos de órgano regulador de alto desempeño)	Planteamientos Administrativos						Si desea realizar algún comentario sobre estos resultados, por favor marque con una X la casilla bajo el resultado que desea comentar - añadir otras letras para comentarios adicionales.
	Junta única multidisciplinaria	Junta única multidisciplinaria con paraguas	Multidisciplinaria con juntas individuales pero con servicios compartidos	Multidisciplinaria con juntas individuales	Junta única	Unidad reguladora	
El órgano regulador actúa de forma que mantiene la confianza de los ciudadanos, los profesionales, los empleadores y otros grupos de interés clave.	3	2	9	20	4	4	
	5	1	6	20	7	3	
Se encuentran fácilmente a disposición procedimientos claros, accesibles y bien publicitados en relación con las quejas.							
	3	3	8	21	4	3	
El órgano regulador mantiene su independencia al resolver alegaciones y quejas.	3	2	9	21	4	3	

Característica (Ejemplos de órgano regulador de alto desempeño)	Planteamientos Administrativos						Si desea realizar algún comentario sobre estos resultados, por favor marque con una X la casilla bajo el resultado que desea comentar - añadir otras letras para comentarios adicionales.
	Junta única multidisciplinaria	Junta única multidisciplinaria con paraguas	Multidisciplinaria con juntas individuales pero con servicios compartidos	Multidisciplinaria con juntas individuales	Junta única	Unidad reguladora	
El órgano regulador garantiza que los programas educativos estén alineados con las competencias que los colegiados requieren para su habilitación para ejercer.	2	4	9	22	3	3	
El órgano regulador tiene procedimientos y procesos de recuperación en caso de desastre.	4	3	5	20	6	3	
El órgano regulador dispone de mecanismos para detectar y tratar solicitudes fraudulentas y solicitudes de verificación.	3	2	7	21	5	5	
El órgano regulador tiene acceso a asesoramiento experto relevante para apoyar sus procesos de toma de decisiones.	4	5	7	20	4	3	

Característica (Ejemplos de órgano regulador de alto desempeño)	Planteamientos Administrativos						Si desea realizar algún comentario sobre estos resultados, por favor marque con una X la casilla bajo el resultado que desea comentar - añadir otras letras para comentarios adicionales.
	Junta única multidisciplinaria	Junta única multidisciplinaria con paraguas	Multidisciplinaria con juntas individuales pero con servicios compartidos	Multidisciplinaria con juntas individuales	Junta única	Unidad reguladora	
El órgano regulador monitoriza su desempeño e intenta constantemente mejorar el tiempo requerido para tratar alegaciones en materia de la habilitación para ejercer.	3	1	8	21	5	4	
El órgano regulador interpreta la legislación de forma coherente y permisiva evitando así la necesidad de nueva legislación.	2	0	9	19	7	4	
El órgano regulador utiliza nuevas tecnologías para agilizar los procesos comerciales y regulatorios.	3	3	6	21	4	4	
El órgano regulador identifica y promueve las mejores prácticas regulatorias.	4	2	8	23	2	2	

Característica (Ejemplos de órgano regulador de alto desempeño)	Planteamientos Administrativos						Si desea realizar algún comentario sobre estos resultados, por favor marque con una X la casilla bajo el resultado que desea comentar - añadir otras letras para comentarios adicionales.
	Junta única multidisciplinaria	Junta única multidisciplinaria con paraguas	Junta única multidisciplinaria con servicios compartidos	Multidisciplinaria con juntas individuales	Junta única	Unidad reguladora	
El órgano regulador garantizar que únicamente aquellas personas que cumplen con los criterios estipulados para obtener la licencia puedan ejercer como enfermeros profesionales.	4	1	8	24	1	4	
El órgano regulador desarrolla y promueve códigos éticos y deontológicos sólidos.	5	1	8	21	5	1	
El registro es preciso, completo y fácilmente accesible al público, los colegiados, los empleadores y cualquier otra parte interesada.	4	2	7	19	3	5	
Los canales de información son claros y los informes son completos y oportunos.	3	2	9	18	4	3	

Característica (Ejemplos de órgano regulador de alto desempeño)	Planteamientos Administrativos						Si desea realizar algún comentario sobre estos resultados, por favor marque con una X la casilla bajo el resultado que desea comentar - añadir otras letras para comentarios adicionales.
	Junta única multidisciplinaria paraguas	Multidisciplinaria con juntas individuales pero con servicios compartidos	Multidisciplinaria con juntas individuales	Junta única	Unidad reguladora	División de poderes	
Aunque pueda haber aportaciones de varios grupos de interés en el desarrollo de los estándares, los códigos o las políticas y los procedimientos del ámbito de la práctica, su aplicación está libre de cualquier influencia inadecuada del gobierno, la profesión o cualquier otra parte interesada.	5	2	4	23	3	4	

Si desea realizar comentarios adicionales sobre esta ronda del estudio, escríbalos a continuación.

Muchas gracias por su contribución a este importante estudio.

David C Benton
Director Ejecutivo, Consejo Internacional de Enfermeras
Doctorando, Universidad Complutense de Madrid

Anexo 7

Artículos publicados en la realización del presente estudio

International Issues and Trends in Nursing Regulation

A structured policy review of the principles of professional self-regulation

Nurse faculty migration: a systematic review of the literature

Professional regulation, public protection and nurse migration

International Issues and Trends in Nursing Regulation

David C. Benton, RGN, RMN, BSc, MPhil, FFNF, FRCN

Many issues and trends affect regulatory practice, such as market forces, cultural influences, technology, nursing competencies, communication, and education. This article reviews the results of an environmental scan conducted by the International Council of Nurses. It begins with a review of the various trends associated with emergent issues and concludes with a call for research and teamwork among regulators to effect change.

Regulatory research shapes the direction of the profession, and it fundamentally informs the safety of practice both to patients and the public as we move from a health-care delivery agenda to a wellness agenda. In the United States and many other parts of the world, the government is addressing these challenges through reforms. Like all change processes embedded within those reforms will be many opportunities for regulatory agencies to reformulate the way they work on the imperatives they place upon practitioners. (See Table 1.)

The International Council of Nurses (ICN) conducts a periodic environmental scan, seeking information from key stakeholders, which include members of government and intergovernmental agencies, member associations, regulatory bodies, and the public. This process gathers information and identifies trends that are influencing the direction of the profession. This article reviews what some of these trends and associated contextual and emergent issues may mean for regulation.

Market Forces

The current economic crisis has fundamentally changed the working environment for nurses in a number of countries. Consider Iceland, a small country with a population of 350,000 and some 2,500 nurses (International Council of Nurses, 2010). Before the economic crisis, Iceland wanted to recruit 500 nurses from the international market to increase their nursing workforce by 20%. But the economic crisis caused a fundamental shift in Icelandic nurses' work: in a period of 12 weeks, the country went from trying to increase the nursing workforce to shedding nurses. Historically, nurses in Iceland have tended to worked part-time. However, as their spouses lost their jobs in the economic crisis, many nurses went from part-time to full-time. Suddenly, the regulatory body, which is a governmental body, went from trying to determine how to process applicants from different countries to trying to determine how to provide Icelandic nurses seeking jobs outside the country with the necessary evidence for agencies

around the world. Many regulatory bodies have to cope with a large volume of nurses moving around, and the issue of jurisdictional practice is a significant challenge, particularly when the direction and magnitude of the flows can change in such a rapid and unpredictable manner.

Market forces will continue to cause significant changes. Many governments are now looking at a mixed economy of provision. The United States has had a mix of for-profit and nonprofit health-care organizations for many years. U.S. regulators need to consider what will happen when players who function globally begin to enter the U.S. market. Of the top 100 economies in the world, more than 60 are corporations. Many of these corporations recognize that the health-care industry is a significant, growing market and are getting involved. They are having dialogues with regulatory agencies around the world to see how they can bring pressure and leverage in a way that may not be in the best interest of public safety but is in the interest of making money.

In some places, such as Africa, significant money has come in the form of foundational grants. Of course, the money is welcomed because it provides capacity to care for patients. But where does the money go? Different aid agencies have different missions, such as HIV infection, tuberculosis, malaria, or maternal-child care, and each agency wants to focus exclusively on its mission. The results may be that the role of the practitioner becomes fragmented and inconsistent with the provision of holistic care. Regulators come under pressure to change their regulatory framework to facilitate these movements, posing real problems in many developing countries.

Influence of Culture

The role that a country's history plays in the regulatory jurisdictional processes can be significant. In the United States, the division of power between the federal and state levels results from the early history of dominance by the United Kingdom (UK). Because of this division, the United States does not have that

Cuestiones y tendencias en la regulación de la enfermería

David C. Benton, RGN, RMN, BSc, MPhil, FFNF, FRCN

Existen numerosas cuestiones y tendencias que afectan a la regulación como las fuerzas de mercado, las influencias culturales, la tecnología, las competencias enfermeras o la comunicación y la formación. El presente artículo repasa los resultados de un análisis del entorno realizado por el Consejo Internacional de Enfermeras. Comienza con una revisión de las distintas tendencias asociadas a temas emergentes y concluye con un llamamiento a la investigación y el trabajo en equipo entre los reguladores para provocar cambios.

La investigación en el ámbito de la regulación modela el rumbo de la profesión y, fundamentalmente, brinda información tanto a los pacientes como a los ciudadanos sobre prácticas seguras a medida que pasamos de una agenda de prestación de cuidados de salud a una agenda de bienestar. En Estados Unidos y en muchos otros lugares del mundo, los gobiernos están respondiendo a estos cambios con reformas. Al igual que en todos los procesos de cambio, en estas reformas habrá numerosas oportunidades para que los organismos reguladores reformulen la manera en que elaboran los imperativos que imponen a los profesionales (véase Tabla 1).

El Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) realiza periódicamente un análisis del entorno con el fin de recopilar información de grupos de interés clave entre los que se encuentran miembros de organismos tanto gubernamentales como intergubernamentales, asociaciones miembro, órganos reguladores y ciudadanos. Dicho proceso recaba información y determina las tendencias que están influyendo en el rumbo de la profesión. El presente artículo revisa lo que algunas de estas tendencias y cuestiones contextuales y emergentes pueden significar para la regulación.



A structured policy review of the principles of professional self-regulation

D.C. Benton¹ RN, MPhil, M.A. González-Jurado² RN, PhD & J.V. Beneit-Montesinos³ MD, PhD

¹ Chief Executive Officer, International Council of Nurses, Geneva, Switzerland, ² Professor of Nursing, ³ Professor of Research, Escuela Universitaria de Enfermería, Fisioterapia y Podología, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, Spain

BENTON D.C., GONZÁLEZ-JURADO M.A. & BENEIT-MONTESINOS J.V. (2013) A structured policy review of the principles of professional self-regulation. *International Nursing Review* 60, 13–22

Background: The International Council of Nurses (ICN) has, for many years, based its work on professional self-regulation on a set of 12 principles. These principles are research based and were identified nearly three decades ago. ICN has conducted a number of reviews of the principles; however, changes have been minimal. In the past 5–10 years, a number of authors and governments, often as part of the review of regulatory systems, have started to propose principles to guide the way regulatory frameworks are designed and implemented. These principles vary in number and content.

Objectives: This study examines the current policy literature on principle-based regulation and compares this with the set of principles advocated by the ICN.

Design and Data Sources: A systematic search of the literature on principle-based regulation is used as the basis for a qualitative thematic analysis to compare and contrast the 12 principles of self-regulation with more recently published work.

Results: A mapping of terms based on a detailed description of the principles used in the various research and policy documents was generated. This mapping forms the basis of a critique of the current ICN principles. A professional self-regulation advocated by the ICN were identified.

Conclusions: A revised and extended set of 13 principles is needed if contemporary developments in the field of regulatory frameworks are to be accommodated. These revised principles should be considered for adoption by the ICN to underpin their advocacy work on professional self-regulation.

Keywords: Nurse Legislation, Policy Review, Principle-Based Regulation, Public Protection, Self-Regulation

Introduction

The International Council of Nurses (ICN) has, for more than a decade, underpinned its advocacy work on professional

self-regulation with a set of 12 research-based principles (ICN 1998). These principles were originally developed from work conducted by Styles & Affara (1986) nearly three decades ago. The principles were identified from data gathered via a series of focus groups with nurse leaders in various regions of the world including Europe, Asia and Africa as well as both North and South America. From time to time, the ICN has conducted reviews of the principles; however, up until this point, changes have been minimal (Benton & Morrison 2009).

In the past 10 years, a number of other authors from a range of sectors have started to propose principle-based approaches to regulation. The Conseil Interprofessionnel du Québec (2012)

Correspondence address: Mr David C. Benton, International Council of Nurses, 3 Place Jean-Marceau, 1201 Geneva, Switzerland; Tel: +41 229080100; Fax: +41229080101; E-mail: dcbenton.swiss@gmail.com.

Funding: This study has not been supported by any funding or grant source.

Conflict of interest: The principle author is the chief executive officer of the International Council of Nurses and has an interest in making sure that ICN policy positions and principles reflect the latest thinking and evidence.



Revisión estructurada de políticas sobre principios de autorregulación profesional

D.C. Benton¹ RN, MPhil, M.A. González-Jurado² RN, PhD & J.V. Beneit-Montesinos³ MD, PhD

¹ Director General del Consejo Internacional de Enfermeras, Ginebra, Suiza, ² Profesor de Enfermería, ³ Profesor de Investigación, Escuela Universitaria de Enfermería, Fisioterapia y Podología, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España

BENTON D.C., GONZÁLEZ-JURADO M.A. Y BENEIT-MONTESINOS J.V. (2012) Revisión estructurada de políticas sobre principios de autorregulación profesional. *Revisión Internacional de Enfermería*

Antecedentes: el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) lleva muchos años empleando un conjunto de 12 principios como base de su trabajo en materia de autorregulación. Estos principios están basados en la investigación y fueron identificados hace casi tres décadas. El CIE ha llevado a cabo una serie de revisiones de los principios, pero los cambios han sido mínimos. En los últimos 5 - 10 años, varios autores y gobiernos han comenzado a proponer principios que orienten la manera en que se diseñan e implementan marcos regulatorios, a menudo como parte de la revisión de sistemas regulatorios. Estos principios varían en cuanto a número y contenido.

Objetivos: este estudio examina la actual bibliografía sobre políticas en materia de regulación basada en principios y la compara con el conjunto de principios que defiende el CIE.

Diseño y fuentes de datos: se emplea una búsqueda sistemática de la bibliografía sobre regulación basada en principios como base para un análisis temático cualitativo para comparar y contrastar los 12 principios de autorregulación con trabajos publicados más recientemente.

Resultados: se generó un mapeo de términos basado en una descripción detallada de los principios utilizados en los diversos documentos de investigación y políticas. Este mapeo constituye la base de una crítica de los actuales principios del CIE. Se identificó una autorregulación profesional defendida por el CIE.

Conclusiones: se necesita un conjunto revisado y ampliado de 13 principios para poder incorporar los avances actuales realizados en el ámbito de los marcos regulatorios. El CIE debería considerar la adopción de estos principios revisados para fundamentar su trabajo en defensa de la autorregulación profesional.

Palabras clave: legislación en enfermería, revisión de políticas, regulación basada en principios, protección pública, autorregulación.

Introducción

El Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) lleva más de una década empleando un conjunto de 12 principios

Dirección postal: Mr David C. Benton, International Council of Nurses, 3 Place Jean-Marteau, 1201 Ginebra, Suiza; Tel: +41 229080100; Fax: +41229080101; E-mail: dcbenton.swiss@gmail.com.

En los últimos 10 años, varios autores de diversos sectores han comenzado a proponer enfoques de regulación basados en principios. El *Conseil Interprofessionnel du Quebec* (Consejo Interprofesional de Quebec) (2012) y el *Council for Healthcare Regulatory Excellence* (Consejo para la Excelencia Regulatoria en la Atención Sanitaria) (2010), que supervisa

en el Reino Unido nueve organismos reguladores de profesionales sanitarios, han analizado este tema. Además, Black (2008), dentro de su revisión de este enfoque en los sectores jurídico y financiero, y Ford (2008), al examinar nuevos mecanismos de gobierno en el ámbito de las garantías financieras, han estudiado las ventajas y desventajas relativas de este enfoque comparándolo con los sistemas regulatorios basados en normas. Pero ¿qué es un enfoque basado en principios? En resumen, un enfoque basado en principios es aquel en el que los reguladores, en lugar de emplear un conjunto de normas detalladas y prescriptivas, describen en términos más generales y flexibles los procesos de alto nivel y los resultados deseados, que luego orientarán el diseño del sistema regulatorio (Black 2008).



Nurse faculty migration: a systematic review of the literature

**D.C. Benton¹ RN, MPhil, M.A. González-Jurado² RN, PhD
& J.V. Beneit-Montesinos³ MD, PhD**

¹ Chief Executive Officer, International Council of Nurses, Geneva, Switzerland, ² Professor of Nursing, ³ Professor of Research, Escuela Universitaria de Enfermería, Fisioterapia y Podología, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, Spain

BENTON D.C., GONZÁLEZ-JURADO M.A. & BENEIT-MONTESINOS J.V. (2013) Nurse faculty migration: a systematic review of the literature. *International Nursing Review*

Background: To undertake a systematic review of English and Spanish literature relating to nurse faculty migration.

Methods: A systematic review of both published literature, using CINAHL, EMBASE, ERIC and MEDLINE, and grey literature, using Google and Yahoo search engines, utilizing a defined search strategy with key terms, wild card strings and logical operators, was undertaken. An initial limitation of searching for material published in the last ten years was removed due to the poor yield of relevant papers. In total, 18 research-based studies were identified, retrieved and reviewed.

Finally, the retrieved material was reviewed and augmented by a group of nurse faculty and migration experts, who offered comments and proposed additional grey literature. With increased globalization, the impact of mutual recognition agreements and associated modes of supply of services as well as those factors influencing clinical nurse migration was also considered.

Results: Studies on clinical nurse migration and general academic faculty provided some insights, but nursing faculty differ in a number of key ways and this needs to be considered when interpreting the results. Based on this systematic review, the paper concludes that nurse faculty migration is a neglected topic and one that warrants urgent investigation if health systems redesign and the associated scale-up of nurses are to be achieved. Particular gaps in knowledge relate to nurse faculty workforce planning, and understanding the dynamics and flows of faculty both across and within countries. It is unclear as to the extent to which our knowledge of push and pull factors relating to clinical nurse migration can be used in understanding nurse faculty migration.

Conclusion: The current policy position of organizations such as the World Health Organization and individual governments to increase nursing numbers is incomplete without due consideration of faculty migration.

Keywords: Health Workforce Planning, Nurse Education, Nurse Faculty Migration, Nurse Shortages, Tertiary Education

Correspondence address: Mr David C. Benton, International Council of Nurses, 3 Place Jean-Marieau, Geneva 1201, Switzerland; Tel: +41-229080100; Fax: +41-229080101; E-mail: dbenton.swiss@gmail.com.

Introduction

Nurse migration is not a new phenomenon. Indeed, the International Council of Nurses (2005a,b) under the 'Global Nursing Review Initiative' (GNRI) has contributed substantially to the



La migración del profesorado enfermero: revisión sistemática de la bibliografía

D.C. Benton¹ RN, MPhil, M.A. González-Jurado² RN, PhD & J.V. Beneit-Montesinos³ MD, PhD

¹ Director General del Consejo Internacional de Enfermeras, Ginebra, Suiza, ² Profesor de Enfermería, ³ Profesor de Investigación, Escuela Universitaria de Enfermería, Fisioterapia y Podología, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España

BENTON D.C., GONZÁLEZ-JURADO M.A. Y BENEIT-MONTESINOS J.V. (2013) La migración del profesorado enfermero: revisión sistemática de la bibliografía. *Revisión Internacional de Enfermería*

Antecedentes: Llevar a cabo una revisión sistemática de la bibliografía en inglés y español relacionada con la migración del profesorado enfermero.

Métodos: Se llevó a cabo una revisión sistemática de la bibliografía publicada utilizando CINAHL, EMBASE, ERIC y MEDLINE, y de la literatura gris, empleando los motores de búsqueda Google y Yahoo, empleando una estrategia de búsqueda definida con términos clave, cadenas de caracteres comodín y operadores lógicos. Se eliminó la limitación inicial de buscar material publicado en los últimos diez años debido al bajo número de documentos pertinentes obtenidos. En total, se identificaron, recuperaron y revisaron 17 estudios basados en la investigación.

Por último, se revisó el material obtenido y se complementó mediante un grupo de expertos en profesorado enfermero y migración, que ofrecieron comentarios y propusieron literatura gris adicional. Dado el aumento de la globalización, también se tuvo en cuenta el impacto de los acuerdos de reconocimiento recíproco y las modalidades de prestación de servicios asociadas, así como los factores que influyen en la migración de enfermeros clínicos.

Resultados: Los estudios sobre la migración de enfermeros clínicos y el profesorado académico general ofrecieron cierta información, pero el profesorado enfermero difiere en varios aspectos clave, algo que se debe considerar al interpretar los resultados. Sobre la base de esta revisión sistemática, el trabajo concluye que la migración del profesorado enfermero es un tema que no recibe suficiente atención y que merece una investigación urgente para que sea posible rediseñar los sistemas sanitarios y ampliar el rol de la enfermería. Existen lagunas de conocimientos específicas relacionadas con la planificación de la fuerza laboral de enfermería y con la comprensión de las dinámicas y flujos del profesorado entre países y dentro de ellos. No está claro en qué medida se pueden utilizar nuestros conocimientos sobre factores incitadores y de atracción relacionados con la migración de enfermeros clínicos para comprender la migración del profesorado enfermero.

Conclusión: La actual postura política de organizaciones como la Organización Mundial de la Salud y de los gobiernos individuales, basada en aumentar las cifras de enfermeros, resulta incompleta si no se tiene en la debida consideración la migración del profesorado.

Palabras clave: Planificación de la fuerza laboral para la salud, formación en enfermería, migración del profesorado enfermero, escasez de enfermeros, enseñanza terciaria

Dirección postal: Mr David C. Benton, International Council of Nurses, 3 Place Jean-Marteau, Ginebra 1201, Suiza; Tel: +41-229080100; Fax: +41-229080101; E-mail: dcbenton.swiss@gmail.com.

Introducción

La migración de enfermeros no es un fenómeno nuevo. En efecto, el Consejo Internacional de Enfermeras (2005a,b), dentro de la "Global Nursing Review Initiative" (GNRI, Iniciativa Global de Revisión de la Profesión Enfermera) ha aportado notables contribuciones para



Available online at www.sciencedirect.com

SciVerse ScienceDirect

journal homepage: www.elsevier.com/locate/colli



Professional regulation, public protection and nurse migration

David C. Benton, RN, MPhil^{a,*}, Máximo Antonio González-Jurado, RN, PhD^b,
Juan Vicente Beneit-Montesinos, MD, PhD^b

^a International Council of Nurses, 3 Place Jean-Marteau, Geneva 1201, Switzerland

^b Universidad Complutense de Madrid, Escuela Universitaria de Enfermería, Fisioterapia y Podología, Spain

Received 2 November 2012; received in revised form 21 December 2012; accepted 7 January 2013

KEYWORDS

Professional-
regulation;
Public-protection;
Nurse-legislation;
Nurse migration;
Freedom-of-
movement

Summary Nurse mobility, developments such as health tourism and the rapid expansion of health systems have increased the need for regulatory bodies to reach beyond their normal stakeholder groups so as to familiarize themselves with the legislation of other jurisdictions.

Purpose: A systematic examination of a cross-section of nursing legislation, to ascertain the degree of consistency in the number of definitions specified as well as their underlying structure, was conducted to identify opportunities to strengthen public protection and reduce barriers to freedom of movement.

Method: A purposeful sample of legislation, drawn to maximize differences, was subjected to documentary analysis to identify possible relationships between the variables of interest and the way terms and processes were defined in fourteen nurse practice acts.

Results: Potential relationships were identified between factors such as geographic region, legal tradition, administrative approach, regulatory model and economic status and the number and approaches used to specify definitions. A major weakness in the precision of definitions was discovered.

Discussion: Several international organizations have started to develop lexicons but all have weaknesses. By drawing upon these lexicons a more comprehensive and precise dictionary could be formulated to support the development of next-generation nurse practice acts.

Conclusions: Current legislation lacks precision and, within the context of increased mobility of nurses, there is an urgent need to develop an authoritative source of definitions that can contribute to increasing public safety as well as reducing delays in the freedom of movement of nurses from one jurisdiction to another.

© 2013 Australian College of Nursing Ltd. Published by Elsevier Ltd.

* Corresponding author. Tel.: +41 229080100; fax: +41 229080100.
E-mail addresses: benton@icn.ch, dcbenton.swiss@gmail.com (D.C. Benton).

Nursing legislation has been in place in some countries since the turn of the twentieth century although in other jurisdictions it is a relatively recent development (Benton, 2011). Such legislation defines and establishes mechanisms that provide the basis upon which regulatory bodies can

Please cite this article in press as: Benton, D. C., et al. Professional regulation, public protection and nurse migration. *Collegian: The Australian Journal of Nursing Practice, Scholarship and Research* (2013), <http://dx.doi.org/10.1016/j.colegn.2013.01.001>

discharge their duty of protecting the public (Benton & Morrison, 2009a). However, this paper will present evidence from a variety of legislative sources documenting a specific weakness. This weakness – poorly described terms and functions – may not only impede timely migration of nurses but also undermine the ability of the regulatory body to discharge its prime function of public protection.

A changing global landscape

Nurse migration is not a new phenomenon. For many decades, steady flows of nurses have moved from one country to another (International Council of Nurses, 2004; Kingma, 2008). The pattern of these movements tended to follow relatively fixed routes based on linguistic commonality or well-established political alliances. Nurses from the United Kingdom might move to Australia or Canada and nurses from Latin America would go to Spain or Portugal. However, as health systems expanded during periods of economic growth, self-sufficiency in the education of nurses, in a number of mainly high-income countries, came under enormous pressures. One consequence of this has been that the output of nurse education has, in some countries, failed to keep pace with the expanding demands of services (Affara, 2010). As a result, a number of countries started actively encouraging migration to their shores. The United States, the United Kingdom and some countries in the Middle East became favoured destinations for increasing numbers of nurses from India, the Philippines and some African countries (International Council of Nurses, 2004). In the case of Spanish and Portuguese speaking nurses, the flows tended to be into Spain and Portugal from South America. The International Council of Nurses and the World Health Organization tried to map these movements both globally and regionally (ICN, 2004; Alvarez & Agudelo, 2005; WHO, 2006; WHO Western Pacific Region, 2004). These mappings illustrated the direction and magnitude of the various flows of nurses from one country to the next. At the peak of these movements in the late nineties and in the first few years of the turn of the twentieth century, a number of authors reported delays that migrant nurses experienced in getting their qualifications recognized (Aiken, Buchan, Sochalski, Nichols, & Powell, 2004; Kingma, 2008; Woodbridge & Bland, 2010).

With the advent of the economic crisis in 2008 this situation has changed. Established patterns of flows are no longer the same in number or direction. As economies tightened and governments curtailed public spending, recruitment from overseas has declined and in some cases reversed. Iceland, which up until August of 2008 was in the market to recruit nurses, suddenly within twelve weeks, found they had to lay-off staff (International Centre for Human Resources in Nursing, 2010). Countries, who traditionally were mass exporters of nurses, found there were few jurisdictions looking to recruit their newly qualified nurses. As a result enormous numbers of newly qualified nurses flooded the local health systems. These systems were unable to absorb them and accordingly unemployment has increased (ICN, 2011). Naturally, these newly qualified individuals eager to commence their careers have started to look to

other parts of the world for work. As a result regulators have been faced with having to review applicants for recognition of qualifications of nurses qualified in jurisdictions where they had very little prior information. Benton and Morrison (2009a, 2009b) identified that in some cases the regulatory authority of the recipient jurisdiction did not even know the identity or structure of the regulatory body from which the nurse was applying – part of government, an autonomous body or part of the professional associations responsibilities. Casey (2008), acknowledging that regulators are having to relate to an increasingly global environment, asserted that, in addition to communication with local registrants and country-based stakeholders, there is a demonstrable need to reach out to regulatory structures in other jurisdictions. Benton (2011), in his analysis of emerging regulatory trends, noted that these changes meant that regulators who previously solely focused on how things were done in their own jurisdiction now need to have a better understanding of the source legislation pertinent to the applicants who are applying for entry onto their register.

Casey (2008) contends that by reaching out to other regulatory bodies a shared understanding can be developed. However Norman (2002) and Benton (2011) caution that there is a need to be aware of and to respect the fact that the manner by which a particular regulatory issue may be addressed can differ from one jurisdiction to the next. Cutcliffe, Bajkay, Forster, Small, and Travale (2011) took a different position and postulated that if regulators are to perform their duties effectively in an era when we have an increasingly mobile nursing workforce then there is a need or, at least, a desire for greater consistency in regulation across provinces, states, territories and countries.

Lack of consistency and clarity has been identified by a number of researchers as being problematic (Benton & Morrison, 2009b; Pew Health Professions Commission, 1995a). These variations can – according to the same authors – not only place patients at risk but also introduce delays in processing applications for assessment and recognition of credentials. The International Council of Nurses, seeking to address this issue, developed a rudimentary lexicon of terms where definitions were stated, and when differences exist in usage across jurisdictions these were highlighted (ICN, 2005). ICN (2005) contend that not only does this help bring clarity of terms but also can facilitate dialogue between jurisdictions thereby helping to identify potential risk as well as streamline administrative processes. However, up until this point no empirical work on this topic has been published, although Russell (2012) clearly asserts that for legislation to be useful the terms and phrases used must be clear and unambiguous. Accordingly, this study addresses a major gap in the understanding of the comparability of nursing regulation.

Aim

The aim of this paper is to systematically examine a cross-section of nursing legislation to ascertain the degree of consistency both relating to the numbers of terms and process specified, as well as their definitional structure.

Please cite this article in press as: Benton, D. C., et al. Professional regulation, public protection and nurse migration. *Collegian: The Australian Journal of Nursing Practice, Scholarship and Research* (2013), <http://dx.doi.org/10.1016/j.colegn.2013.01.001>

Table 1 Three types of definition and their use in various legislative acts.

	Stipulative	Lexical	Circular
Definition	Specifies a particular formulation as the meaning for a purpose with no concern for common meaning or usage.	Lists and describes all common usages of a term used within a language community.	Uses the term being explained as part of its own definition.
Example	<i>Health Personnel shall mean personnel with an authorization pursuant to section 48 or a licence pursuant to section 49.</i>	<i>Calendar Year means a period of 12 months beginning 1 January</i>	<i>Required Standards of Competence, in relation to a health practitioner, means the standard of competence reasonably to be expected of a health practitioner practicing within that health practitioner's scope of practice.</i>
Source	Health Professions Act – (Norway)	Health Practitioner National Law – (Australia)	Health Practitioner Competence Assurance Act (New Zealand)

Method

The study design was subject to the institutional review process of the University of Complutense in Madrid. The approach used was to select a purposeful sample of nurse legislation and to subject this to qualitative analysis.

Minogue (2005) highlighted that when comparing international experiences in regulatory reform scholars should be cognizant of the fact that what works well in one place, appearing entirely logical, may look quite different in other contexts, and therefore conclusions and policy development advice needs to have due regard to the legal, cultural and social realities of each situation. Accordingly, a purposeful sample of countries/jurisdictions was selected to maximize coverage of these perspectives. Additionally it has been noted by several researchers that the stage of economic development can have an impact on regulatory systems (Jordana & Levi-Faur, 2010; Ogus, 2002; Shleifer, 2005). This final variation was a little more challenging to pursue, as often regulatory systems are only in embryonic stages in the lowest income countries.

To select a purposeful sample, each of the jurisdictions described in the ICN database of regulatory authorities (<http://www.icn.ch/pillarsprograms/global-database/>) was classified against the variables of interest. Variables included economic status of the jurisdiction using the four World Bank categories (high, upper-middle, lower-middle and low income); the legal traditions of the jurisdiction (civil, common, traditional and Islamic law); the geographic regions of the world; and the administrative approach taken to the application of the regulatory model (autonomous or government based). Accordingly a purposeful sample of nurse legislation to secure maximum diversity was selected. To both maximize the coverage of variables of interest and simultaneously minimize sample size to keep the analysis within manageable limits, a total sample size of fourteen jurisdictions was required. The fourteen jurisdictions were selected, starting with the random selection of the first jurisdiction from the total population. This was then followed by random selection, on the basis of variables of interest, from the remaining stratified, population. The sequence of selection progressed on the basis of the

most under-represented variable of interest. This approach ensured that all variables of interest were represented by at least one example.

The most up-to-date legislation for the fourteen jurisdictions selected was then downloaded from government websites and, where an official English translation was not available, a legally accredited translator was employed to produce a translation into English. All legislation was then uploaded into NVIVO 9 (a qualitative computer-based analysis package).

Data was subjected to documentary analysis, which is a technique that provides a rigorous and systematic analysis of written material containing information about the topic of interest (Bailey, 1994). This approach, described by Payne and Payne (2004), categorizes, investigates, interprets and identifies the content of the material. In this case the material of interest was examples of definitions of terms and processes.

Definitions were defined operationally as words or text within the documents that had prescribed or attributed specific meaning to a term or process in the legislation. These descriptions should bring clarity to the interpretation of the act, its scope and application of processes.

To provide rigour in the analysis, an established framework used by other researchers (Belnap, 1993; Scheffler, 1968) looking at the precision of definition within documentary sources was used to code all examples. All definitions were coded as stipulative, lexical or circular in nature. For clarity and precision, the operational definitions of the three categories, as described by Scheffler (1968), were adopted and, along with an example of each type, are set out in Table 1. After initial coding by the lead author these results were reviewed independently by the two other authors to this paper. All three authors discussed any differences in opinion until agreement was reached on a single code.

Results

The number of definitions given by the fourteen sources varied considerably. Table 2 provides the frequency and types of definitions contained within the legislation and offers detail

Please cite this article in press as: Benton, D. C., et al. Professional regulation, public protection and nurse migration. *Collegian: The Australian Journal of Nursing Practice, Scholarship and Research* (2013), <http://dx.doi.org/10.1016/j.colegn.2013.01.001>

Table 2 Summary of data from sources, coded to node "Definitions" with associated attributes and sub-node data.

Jurisdiction	Geographic region	Legal tradition	Administrative approach	Regulatory model	Economic status	Stipulative definition	Lexical definition	Circular definition	Total definitions
Australia	South Pacific	Common Law	Multi-D with Individual Boards and Shared services	Supervised self-regulation	High	101	63	73	237
Brazil	South America	Civil Law	Division of Powers	Supervised self-regulation	Upper middle	6	0	0	6
Ethiopia	Africa	Civil Law	Multi-D Single Board	Supervised self-regulation	Low	0	0	0	0
India	Asia	Common Law	Umbrella Division of Powers	Delegated self-regulation	Lower middle	2	1	0	3
Iran	Middle East	Islamic Law	Single Board	Delegated self-regulation	Upper middle	1	0	0	1
Jamaica	Caribbean	Common Law	Single Board	Delegated self-regulation	Lower middle	4	3	5	12
Jordan	Middle East	Mixed Common Islamic	Single Board	Delegated self-regulation	Upper middle	1	0	4	5
Karnataka	Asia	Common Law	Division of Powers	Delegated self-regulation	Lower middle	9	2	9	20
New Brunswick	North America	Common Law	Single Board	Pure self-regulation	High	13	6	20	39
New Zealand	South Pacific	Common Law	Multi-D with Individual Boards	Supervised self-regulation	High	21	7	18	46
Norway	Europe	Mixed Civil Common Customary	Regulatory Unit	Government	High	2	0	3	5
Rwanda	Africa	Customary	Single Board	Supervised self-regulation	Low	1	5	5	11
Spain	Europe	Mixed Civil Customary	Single Board	Delegated self-regulation	High	0	0	0	0
Taiwan	Asia	Civil Law	Regulatory Unit	Government	High	2	0	1	3

Please cite this article in press as: Benton, D. C., et al. Professional regulation, public protection and nurse migration. *Collegian: The Australian Journal of Nursing Practice, Scholarship and Research* (2013), <http://dx.doi.org/10.1016/j.colegn.2013.01.001>

of the jurisdictions according to variables used to select the stratified purposeful sample.

As can be seen from Table 2, there is considerable variation in both the numbers and types of definitions (lexical, stipulative and circular) used by the various jurisdictions.

Analysis of the distribution of the number of definitions across sub-nodes (defined via the variables of interest) revealed no differences associated with the attributes. However, at the aggregate level, a number of similarities and differences are present. Firstly, there is no discernable pattern in relation to the frequency of 'Definitions' coded from the source documents when the attribute 'Regulatory Model' is considered. Secondly, there appears to be a relationship between 'Geographic Region' and the frequency of 'Definitions', with the South Pacific and possibly North America and the Caribbean using higher numbers of 'Definitions'. Thirdly, certain 'high-income' jurisdictions are more likely to specify 'Definitions' in their nursing legislation. Fourthly, jurisdictions that operate under a 'Common Law' tradition are more likely to specify 'Definitions' than other legal traditions and those that operate under 'Civil Law' are less likely to specify 'Definitions'. Fifthly, jurisdictions that operate the administrative approach of 'Multi-Disciplinary and Individual Board' – irrespective of whether they have shared services – are more likely to specify 'Definitions'.

Of the total number of 'Definitions' provided (388), 42% are "stipulative" simply saying that the term is defined within a specific part of the legislation. This, according to Scheffler (1968), does not have or is unlikely to have a shared common meaning outside of the community of practice (jurisdiction). 36% are "circular" in their structure using the same word to describe the term being defined, which on the whole is not very useful in bringing clarity, understanding and consistency of application to the concept or process. Only 22% of the definitions, one in five (87), use a "lexical" format, which is more likely to share meaning in any trans-jurisdictional discussions. Indeed, although not relating directly to nursing legislation, the International Standards Organization (2004), in its work on definitions in the information technology sector, developed a set of criteria that would indicate that only the lexical format should be used for the accurate exchange of information between two or more systems. Therefore, at this time in the sample considered, there exists a relatively low level of precision used to specify the definition of terms and processes required to protect the public and facilitate the mobility of nurses from one jurisdiction to another.

Discussion

The results of this study prompted the authors to reflect on these potentially worrying findings. In discussing these results, the authors posed the question as to whether lessons to ameliorate the problem could be found from other sources. As previously noted, several researchers have identified a lack of consistent use of terms and did see this as problematic. This is exacerbated since nurses are such a mobile group and often seek recognition of their qualification by a jurisdiction different from the one where their initial registration was obtained (Benton & Morrison, 2009a, 2009b; Casey, 2008; Pew Health Professions Commission,

1995b). However, despite the importance of the issue, current lexicons that seek to offer definitions of terms and processes are deficient for a number of reasons. The current ICN (2005) regulatory and licensure lexicon provides a limited list of technical terms (92 definitions). In some cases, multiple definitions of a term are stated, for example, "Advanced Nursing Practice" cites four alternatives and in total 42 of the 92 definitions have this multiple alternative approach (46%). The lexicon then fails to either synthesize the various alternatives into a composite version or at least indicate which of those available is the preferred or endorsed term for international use. Finally, the ICN (2005) lexicon tends to focus on professional responsibilities and regulatory function with only minimal coverage of administrative, governance and wider educational terms.

The International Confederation of Midwives (2011) has also produced a glossary of terms – 73 definitions. Each definition is subdivided into three possible parts – *Generic Definitions Used in ICM Documents*, *Specific ICM Regulation Glossary Terms*, and *Specific ICM Education Glossary Terms*. Only two definitions have all three parts completed. The value of this glossary is limited since it would appear that these definitions are directed only towards ICM documents. This is at variance with the approach taken by the International Council of Nurses which explicitly see the goal of its lexicon being to inform, in a normative manner, government and those wishing to influence future legislation.

Further analysis of definitions contained within the legislative sample and those stipulated by both ICN and ICM lexicons highlight other deficiencies in relation to mutual recognition. However, it is necessary to note that the World Trade Organization (2012) has provided a comprehensive list of terms associated with trade and mutual recognition agreements and processes that could be used to ensure that terms both in nursing jurisdictional laws and in related areas are more aligned.

One area that often presents particular problems for both the regulatory body and the registrant seeking recognition of their qualifications relates to the complexities of design and content of educational programmes and their associated accreditation. The ICN (2005) lexicon of terms does offer a variety of relevant definitions but with recent developments such as those relating to the Lisbon and Bologna Agreements and the Tuning Process (Ministry of Education & Research, 2005) a review of relevant terms would seem timely. The need for this review is reinforced by observations made by the higher education sector which is frustrated by the lack of consistency between the use of terms by higher education and the professional, statutory and regulatory bodies (Higher Education Better Regulation Group, 2011a). Indeed, from information provided from one United Kingdom based study, the higher education sector has noted that it deals with 139 independent professional, statutory and regulatory bodies which use different terminologies often for the same or similar issues (Higher Education Better Regulation Group, 2011b). Such differences are not only inefficient but may restrict learning across health disciplines that are increasingly being asked to work and learn more coherently with one another (Institute of Medicine, 2010).

In the United States, both the CLER (2010) and the National Organization for Competence Assurance (Durley, 2005) have also developed a glossary of terms. In the case

Please cite this article in press as: Benton, D. C., et al. Professional regulation, public protection and nurse migration. *Collegian: The Australian Journal of Nursing Practice, Scholarship and Research* (2013), <http://dx.doi.org/10.1016/j.colegn.2013.01.001>

of the glossary developed by the CLER (2010), information was gathered from international sources which goes beyond those related to nursing and covers material from other regulated disciplines. The work of Durley (2005), more narrowly focused on credentialing, is a subset of the material covered in this research. Despite their weaknesses both provide examples of a key feature that needs to be included in any comprehensive glossary of terms: that of synonyms.

Whilst it must be acknowledged that the sample size was small and as a result the findings could be influenced by a particularly atypical example of legislation the results are important. These are the actual laws that do currently govern public safety and mobility of nurses in the various jurisdictions examined. From our review of sources we believe that there are real opportunities to address the gaps that our research has identified. By drawing on a number of existing lexicons and systematically addressing their individual and collective weaknesses an integrated and improved dictionary of key terms and process could be developed. The authors contend this would be a valuable resource to help improve the precision of language used in future nurse legislation.

Conclusions

In synthesizing the above points, it is vital to repeat a specific finding identified by this research. Currently a significant percentage of the terms "Defined" in extant legislation lack precision. Only just over one in five definitions uses a lexical format –22%. In today's climate of increased nurse mobility this not only raises fundamental problems in terms of patient safety but also introduces unnecessary barriers to freedom of movement. In short, legislation needs to be far more precise in its use of language and said language needs to have greater commonality of use across jurisdictions.

With all of the points identified in this paper and keeping in mind the need to provide international clarity of terms, it is suggested that, as a matter of urgency, the International Council of Nurses revise its current lexicon of terms. This work should draw upon the findings of this research; augment the material with the sources identified above; be guided by the criteria specified by the International Standards Organization (2004); and use a lexical definition format for all terms and processes. Where any synonyms exist these should be clearly identified. ICN could then use the new document to promote normative change on future regulatory legislation, offering a means of better protecting the public, and streamline the process of credential recognition across jurisdictional borders.

Authors' contributions

David C. Benton (RN, MPhil) identified the need for this study and conceptualised the problem. He also did the policy analysis and wrote the initial draft. Máximo Antonio González-Jurado (RN, PhD) and Juan Vicente Benoit-Montesinos (MD, PhD) assisted in design of methods. Validation of analysis and review of the draft paper were also done by them.

Funding

This study has not been supported by any funding or grant source.

Conflict of interest

The lead author is the Chief Executive Officer of the International Council of Nurses and has an interest in making sure that ICN policy positions and principles reflect the latest thinking and evidence.

Acknowledgements

This paper was developed as part of a doctoral research study registered with the University of Complutense, Madrid, and entitled "An Exploratory International Comparative Analysis of How the Practise of Nurses Is Regulated".

References

- Affara, A. (2010). *Global issues and trends in nursing education*. Geneva: International Council of Nurses.
- Alken, L. H., Buchan, J., Sochalski, J., Nichols, B., & Powell, M. (2004). Trends in international nurse migration. *Health Affairs*, 23(3), 69–77.
- Bailey, K. D. (1994). *Methods of social research* (4th ed.). New York: The Free Press.
- Belnap, N. (1993). On rigorous definitions. *Philosophical Studies*, 72(2), 115–146.
- Benton, D. (2011). International issues and trends in nursing regulation. *Journal of Nursing Regulation*, 4(1), 4–8.
- Benton, D. C., & Morrison, A. (2009a). *Regulation 2020: Exploration of the present; vision for the future*. Geneva: International Council of Nurses.
- Benton, D. C., & Morrison, A. (2009b). *The role and identity of the regulator: An international comparative study*. Geneva: International Council of Nurses. Retrieved from: http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/free_publications/role_identity_regulator.pdf
- Casey, J. (2008). Key trends in professional regulation. Perspectives for the professions, Issue 5, 1–4, Edmonton, AB, Field Law Ltd. Retrieved from: <http://www.fieldlaw.com/articles/JTC-KeyTrendsInProfessionalRegulation.pdf>
- Council on Licensure, Enforcement and Regulation. (2010). *Glossary of terminology used in professional and occupational regulation*. Lexington, Council on Licensure, Enforcement and Regulation. Retrieved from: <http://www.clearhq.org/resources/Glossary.General.pdf>
- Cutcliffe, J. R., Bajkay, R., Forster, S., Small, R., & Travale, R. (2011). Nurse migration in an increasingly interconnected world: The case for internationalization of regulation of nurses and nursing regulatory bodies. *Archives of Psychiatric Nursing*, 25(5), 320–328.
- Durley, C. C. (2005). *The NOCA guide to understanding credentialing concepts*. Washington, DC: National Organization for Competency Assurance.
- Higher Education Better Regulation Group. (2011a). *Professional, statutory and regulatory bodies: An exploration of their engagement with higher education*. London: HEBRG. Retrieved from: http://www.hebetterregulation.ac.uk/OurWork/Documents/HEBRG_PSRB%20report_FINAL.pdf

Please cite this article in press as: Benton, D. C., et al. Professional regulation, public protection and nurse migration. *Collegian: The Australian Journal of Nursing Practice, Scholarship and Research* (2013), <http://dx.doi.org/10.1016/j.colegn.2013.01.001>

Regulación profesional, protección pública y migración de enfermeros

David C. Benton, RN, MPhil a,*, Máximo Antonio González-Jurado, RN, PhD b, Juan Vicente Beneit-Montesinos, MD, PhD b

^a International Council of Nurses, 3 Place Jean-Marteau, Geneva 1201, Switzerland

^b Universidad Complutense de Madrid, Escuela Universitaria de Enfermería, Fisioterapia y Podología, España

Recibido el 2 de noviembre de 2012; recibido en forma revisada el 21 de diciembre de 2012; aceptado el 7 de enero de 2013

PALABRAS CLAVE

Regulación-
Profesional;
Protección-
pública;
Legislación-de-
enfermería;
Migración-de-
enfermeros;
Libertad-de-
circulación

Resumen: La movilidad de los enfermeros, fenómenos como el turismo sanitario y la rápida expansión de los sistemas sanitarios han aumentado la necesidad de que los organismos reguladores vayan más allá de sus colectivos de interesados habituales para familiarizarse con la legislación de otras jurisdicciones. Propósito: se llevó a cabo un examen sistemático de una sección transversal de legislación en materia de enfermería para determinar el grado de coherencia en el número de definiciones especificadas, así como su estructura subyacente, con el fin de identificar las posibilidades de reforzar la protección pública y reducir las barreras para la libertad de circulación. Método: se sometió una muestra intencional de legislación, recogida para maximizar las diferencias, a un análisis documental para identificar posibles relaciones entre las variables de interés y el modo en que se definen los términos y procesos en catorce leyes sobre práctica de enfermería.

Resultados: se identificaron relaciones potenciales entre factores como la región geográfica, la tradición jurídica, el enfoque administrativo, el modelo regulatorio y la situación económica y el número y los enfoques empleados para especificar las definiciones. Se descubrió una importante carencia en la precisión de las definiciones.

Debate: varias organizaciones internacionales han comenzado a desarrollar léxicos pero todos presentan carencias. Sobre la base de estos léxicos, podría elaborarse un diccionario más completo y preciso para respaldar el desarrollo de leyes de práctica de enfermería de próxima generación. **Conclusiones:** la legislación actual carece de precisión y, en el contexto de una mayor movilidad de los enfermeros, resulta urgente desarrollar una fuente autorizada de definiciones que contribuya a mejorar la seguridad pública y a reducir los retrasos en la libertad de circulación de enfermeros desde una jurisdicción a otra.

© 2013 Australian College of Nursing Ltd. Published by Elsevier Ltd.

* Autor correspondiente. Tel.: +41 229080100; fax: +41 229080100.
Direcciones de correo electrónico: benton@icn.ch,
dcbenton.swiss@gmail.com
(D.C. Benton).

En algunos países, la legislación sobre enfermería lleva en vigor desde principios del siglo XX, pero en otras jurisdicciones se trata de un avance relativamente reciente (Benton, 2011). Esta legislación define y establece mecanismos que sientan las bases sobre las que los organismos reguladores pueden cumplir su deber de proteger al público (Benton & Morrison, 2009a). Sin embargo, este trabajo presentará evidencias, obtenidas de varias fuentes legislativas, que documentan una carencia concreta. Esta carencia (términos y funciones mal descritos) puede no solo obstaculizar la migración oportuna de enfermeros, sino también desvirtuar

la capacidad del organismo regulador para desempeñar su función principal de protección pública.

Un panorama mundial cambiante

La migración de enfermeros no es un fenómeno nuevo. Durante muchas décadas se han producido flujos regulares de enfermeros que se trasladan de un país a otro (International Council of Nurses, 2004; Kingma, 2008). Estos traslados tendían a seguir rutas relativamente fijas basadas en un idioma compartido o en alianzas políticas consolidadas. Los enfermeros del Reino Unido podían mudarse a Australia o Canadá, y los enfermeros de Latinoamérica a España o Portugal. No obstante, debido a la expansión de los sistemas sanitarios en épocas de crecimiento económico, en varios países, principalmente de altos ingresos, la autosuficiencia en la formación de enfermeros se ha visto sometida a enormes presiones. Una de las consecuencias es que, en algunos países, la producción de enfermeros formados no ha logrado satisfacer las crecientes demandas de servicios (Afara, 2010). Como resultado, varios países han comenzado a fomentar activamente la migración hacia su territorio. Los Estados Unidos, el Reino Unido y algunos países de Oriente Medio se han convertido en los destinos favoritos de cada vez más enfermeros procedentes de la India, Filipinas y algunos países africanos (International Council of Nurses, 2004). En el caso de los enfermeros que hablan español y portugués, los flujos tienden a dirigirse a España y Portugal desde Sudamérica. El Consejo Internacional de Enfermeras y la Organización Mundial de la Salud han intentado cartografiar estos desplazamientos tanto a nivel mundial como regional (ICN, 2004; Malvarez & Agudelo, 2005; WHO, 2006; WHO Western Pacific Region, 2004). Estos trabajos cartográficos indicaban la dirección y magnitud de los distintos flujos de enfermeros desde un país a otro. Durante el auge de estos desplazamientos, a finales de los noventa y en los primeros años del siglo XX, varios autores pusieron de relieve los retrasos que sufrían los enfermeros migrantes a la hora de obtener el reconocimiento de sus cualificaciones (Aiken, Buchan, Sochalski, Nichols, & Powell, 2004; Kingma, 2008; Woodbridge & Bland, 2010).

Con la llegada de la crisis económica en 2008, esta situación cambió. Las tendencias consolidadas de los flujos ya no presentan las mismas cifras ni dirección. Debido a los ajustes económicos y a los recortes gubernamentales en gasto público, la contratación de personal extranjero ha disminuido y, en algunos casos, se ha invertido. Islandia, que hasta agosto de 2008 estaba contratando enfermeros, descubrió de manera repentina, en un plazo de doce semanas, que debía despedir personal (International Centre for Human Resources in Nursing, 2010). Los países que solían exportar enormes cifras de enfermeros vieron cómo solo unas pocas jurisdicciones deseaban contratar enfermeros recién cualificados. Como consecuencia, se produjo una enorme sobreoferta de enfermeros recién cualificados en los sistemas sanitarios locales. Estos sistemas no lograban absorberlos, por lo que aumentó el desempleo (ICN, 2011).

Como es natural, estas personas recién cualificadas, ansiosas por iniciar sus carreras profesionales, han comenzado a buscar trabajo en otras partes del mundo. Por ello, los reguladores han tenido que examinar solicitudes de reconocimiento de cualificaciones de enfermeros que han recibido su formación en jurisdicciones sobre las que tenían muy poca información previa. Benton y Morrison (2009a, 2009b) señalaron que, en algunos casos, la autoridad reguladora de la jurisdicción de acogida ni siquiera conocía la identidad o estructura del organismo regulador desde el que presentaba su solicitud el enfermero (parte del gobierno, organismo autónomo o parte de las responsabilidades de las asociaciones profesionales). Casey (2008), reconociendo que los reguladores están teniendo que enfrentarse a un entorno cada vez más global, afirmó que, además de la comunicación con los profesionales registrados locales y con las partes interesadas ubicadas en el país, es claramente necesario hacer un acercamiento a las estructuras reguladoras de otras jurisdicciones. Benton (2011), en su análisis de las nuevas tendencias regulatorias, señaló que estos cambios suponen que los reguladores que antes se centraban únicamente en cómo se hacían las cosas en su propia jurisdicción ahora deben conocer mejor la legislación de origen relativa a los aspirantes que solicitan la admisión en sus registros.

Casey (2008) sostiene que haciendo un acercamiento a otros organismos reguladores puede crearse un conocimiento compartido. Sin embargo Norman (2002) y Benton (2011) advierten de que es necesario conocer y respetar el hecho de que el modo en que se aborda una cuestión regulatoria concreta puede variar de una jurisdicción a otra. Cutcliffe, Bajkay, Forster, Small, y Travale (2011) adoptaron una postura distinta y postularon que para que los reguladores puedan cumplir sus obligaciones de manera efectiva en un momento en el que la fuerza laboral enfermera tiene cada vez más movilidad, es necesaria, o como mínimo deseable, una mayor coherencia de regulación entre provincias, estados, territorios y países.

Varios investigadores han calificado de problemática la falta de coherencia y claridad (Benton & Morrison, 2009b; Pew Health Professions Commission, 1995a). Según esos mismos autores, estas variaciones pueden no solo poner en riesgo a los pacientes, sino también provocar retrasos en la tramitación de solicitudes de evaluación y reconocimiento de credenciales. Con vistas a abordar esta cuestión, el Consejo Internacional de Enfermeras desarrolló un léxico de términos rudimentario que establecía definiciones y ponía de relieve las diferencias de uso existentes entre jurisdicciones (ICN, 2005). El CIE (2005) sostiene que esto no solo ayuda a aclarar los términos, sino que también facilita el diálogo entre jurisdicciones, con lo que se contribuye a identificar riesgos potenciales y a racionalizar los trámites administrativos. Sin embargo, hasta el momento no se han publicado trabajos empíricos sobre este tema, pese a que Russell (2012) afirma claramente que para que la legislación sea de utilidad, los términos y expresiones deben ser claros e inequívocos. Así pues, este estudio aborda una importante

laguna de conocimientos sobre la comparabilidad de la regulación de la enfermería.

Finalidad

La finalidad de este trabajo es examinar sistemáticamente una sección transversal de legislación en materia de enfermería para determinar el grado de coherencia en lo que se refiere a las cifras de términos y procesos especificados y a su estructura de definiciones.

Cítese este artículo pendiente de publicación como: Benton, D. C., et al. Professional regulation, public protection and nurse migration. *Collegian: The Australian Journal of Nursing Practice, Scholarship and Research* (2013), <http://dx.doi.org/10.1016/j.colegn.2013.01.001>

Tabla 1 Tres tipos de definición y su uso en diversos actos legislativos.

	Estipulativa	Lexicológica	Circular
Definición	Especifica una formulación particular como significado para un propósito independientemente de su significado o uso normales.	Enumera y describe todos los usos habituales de un término empleado dentro de una comunidad lingüística.	Utiliza el término explicado como parte de su propia definición.
Ejemplo	<i>Personal sanitario significará personal que disponga de una autorización con arreglo a la sección 48 o de un permiso con arreglo a la sección 49.</i>	<i>Año natural significa un periodo de 12 doce meses que comienza el 1 de enero</i>	<i>Estándares de competencia necesarios, en relación con un profesional de la salud, significa el estándar de competencia que es razonable esperar de un profesional sanitario que ejerce dentro del alcance de la práctica de dicho profesional sanitario.</i>
Fuente	Ley de Profesiones Sanitarias — (Noruega)	Ley Nacional de Profesionales Sanitarios — (Australia)	Ley de Garantía de Competencia de los Profesionales Sanitarios (Nueva Zelanda)

Método

El diseño del estudio fue sometido al proceso de revisión institucional de la Universidad Complutense de Madrid. El enfoque empleado fue recoger una muestra intencional de legislación en materia de enfermería y someterla a un análisis cualitativo.

Minogue (2005) puso de relieve que, al comparar experiencias internacionales en reformas regulatorias, los estudiosos deben ser conscientes de que lo que funciona bien en un lugar y parece totalmente lógico puede verse de manera muy diferente en otros contextos, por lo que las conclusiones y el asesoramiento sobre el desarrollo de políticas deben tener en la debida consideración las realidades jurídicas, culturales y sociales de cada situación. Así pues, se seleccionó una muestra intencional de países/jurisdicciones para abarcar estas perspectivas en la mayor medida posible. Además, varios investigadores han señalado que la fase de desarrollo económico puede influir en los sistemas regulatorios (Jordana & Levi-Faur, 2010; Ogus, 2002; Shleifer, 2005). Esta última variación resultó un poco más difícil de abordar ya que, en los países de ingresos más bajos, los sistemas regulatorios están todavía en fases embrionarias.

Para seleccionar una muestra intencional, se clasificó cada una de las jurisdicciones descritas en la base de datos de of autoridades reguladoras del CIE (<http://www.icn.ch/pillarsprograms/global-database/>) según las variables de interés. Entre las variables se encontraban la situación económica de la jurisdicción, empleando las cuatro categorías del Banco Mundial (ingresos altos, medios-altos, medios-bajos y bajos), la tradición jurídica de la jurisdicción (derecho civil, derecho tradicional, ley islámica, *common law*), las regiones geográficas del mundo y el enfoque administrativo adoptado para aplicar el modelo regulatorio (autónomo o gubernamental). Por lo tanto, se seleccionó una muestra intencional de legislación en materia de enfermería para garantizar la máxima diversidad. Para maximizar las variables de interés abarcadas y, al mismo tiempo, minimizar el tamaño de la muestra con el fin de mantener el análisis dentro de unos límites manejables, se requirió una muestra de catorce jurisdicciones en total. Se seleccionaron las catorce jurisdicciones, comenzando por la selección aleatoria de la primera jurisdicción de entre la población total. Tras ello, se realizó una selección aleatoria entre el resto de la población estratificada, sobre

la base de las variables de interés. La secuencia de selección progresó sobre la base de la variable de interés más infra-representada. Este enfoque garantizó que todas las variables de interés estuviesen representadas por un ejemplo como mínimo.

A continuación se descargó de sitios web gubernamentales la legislación más actualizada de las catorce jurisdicciones y, cuando no se disponía de una traducción oficial al inglés, se utilizaron los servicios de un traductor legalmente acreditado para realizar una traducción al inglés. Después se subió toda la legislación a NVIVO 9 (un paquete de análisis cualitativo por ordenador).

Los datos fueron sometidos a un análisis documental, técnica que ofrece un análisis riguroso y sistemático de material escrito que contiene información sobre el tema de interés (Bailey, 1994). Este enfoque, descrito por Payne y Payne (2004), categoriza, investiga, interpreta e identifica el contenido del material. En este caso, el material de interés consistía en ejemplos de definiciones de términos y procesos.

Las definiciones eran definidas de manera operativa como palabras o texto dentro de los documentos que habían establecido o atribuido un significado específico a un término o proceso en la legislación. Estas descripciones deberían aclarar la interpretación de la ley, su ámbito y la aplicación de procesos.

Con el objetivo de aportar rigor al análisis, para codificar todos los ejemplos se utilizó un marco consolidado empleado por otros investigadores (Belnap, 1993; Scheffler, 1968) que atendía a la precisión de la definición dentro de las fuentes documentales. Todas las definiciones fueron codificadas como estipulativas, lexicológicas o circulares, según su naturaleza. En aras de la claridad y la precisión, se adoptaron las definiciones operativas de las tres categorías, descritas por Scheffler (1968), junto con un ejemplo de cada tipo, tal y como se expone en la Tabla 1. Tras la codificación inicial por parte del autor principal, estos resultados fueron revisados de manera independiente por los otros dos autores de este trabajo. Los tres autores debatieron sus diferencias de opinión hasta alcanzar un acuerdo sobre un código único.

Resultados

El número de definiciones obtenidas de las catorce fuentes variaba considerablemente. La tabla 2 expone la frecuencia y los tipos de definiciones contenidas en la legislación y ofrece detalles de las jurisdicciones según variables empleadas para seleccionar la muestra intencional estratificada. Como se observa en la Tabla 2, existen variaciones considerables tanto en las cifras como en los tipos de definiciones (lexicológica, estipulativa y circular) utilizados por las diversas jurisdicciones.

El análisis de la distribución del número de definiciones entre subnodos (definidos mediante las variables de interés) no indicó diferencias asociadas a los atributos. Sin embargo, a nivel agregado, existen varias similitudes y diferencias. En

primer lugar, no hay un patrón discernible en relación con la frecuencia de "Definiciones" codificadas a partir de las fuentes documentales cuando se considera el atributo "Modelo regulatorio". En segundo lugar, parece haber una relación entre "Región geográfica" y la frecuencia de "Definiciones", en la que el Pacífico Sur y posiblemente Norteamérica y el Caribe emplean un mayor número de "Definiciones". En tercer lugar, ciertas jurisdicciones de "altos ingresos" son más proclives a especificar "Definiciones" en su legislación de enfermería. En cuarto lugar, las jurisdicciones que se rigen por una tradición de "*Common law*" son más proclives a especificar "Definiciones" que otros regímenes con tradiciones jurídicas distintas, y las que se rigen por el "Derecho civil" son menos proclives a especificar "Definiciones". En quinto lugar, las jurisdicciones que adoptan el enfoque administrativo "Multidisciplinario y junta individual" son más proclives a especificar "Definiciones", independientemente de si tienen servicios compartidos. Del total de "Definiciones" aportadas (388), el 42% son "estipulativas", afirmando simplemente que el término se define dentro de una parte específica de la legislación. Según Scheffler (1968), estos términos no tienen, o es improbable que tengan, un significado común compartido fuera de la comunidad de práctica (jurisdicción). El 36% son "circulares" en su estructura, ya que utilizan la propia palabra para describir el término definido, lo cual en general no contribuye a aportar claridad, comprensión y coherencia de aplicación al concepto o proceso. Solo el 22% de las definiciones, una de cada cinco (87), emplea un formato "lexicológico", con una mayor probabilidad de tener un significado compartido en los debates transjurisdiccionales. En efecto, aunque sin relacionarse directamente con la legislación de enfermería, la Organización Internacional de Normalización (2004), desarrolló, en su trabajo sobre definiciones en el sector de las tecnologías de la información, un conjunto de criterios que indicarían que el formato lexicológico es el único que se debería utilizar para un intercambio preciso de información entre dos o más sistemas. Así pues, actualmente la muestra considerada presenta un nivel relativamente bajo de precisión al especificar la definición de términos y procesos necesarios para proteger al público y facilitar la movilidad de enfermeros entre jurisdicciones.

Debate

Los resultados de este estudio llevaron a los autores a hacer una reflexión sobre estas conclusiones, potencialmente preocupantes. Al debatir sobre los resultados, los autores se plantearon si era posible aprender lecciones de otras fuentes para mitigar el problema. Como ya se ha señalado, varios investigadores han observado una falta de coherencia en el uso de términos, algo que consideran problemático. Esto se ve agravado por el hecho de que los enfermeros son un colectivo con gran movilidad y a menudo solicitan el reconocimiento de sus cualificaciones por parte de una jurisdicción distinta de aquella en la que se titularon inicial-

Tabla 2 Resumen de los datos obtenidos de las fuentes, codificados como “Definiciones” de nodos con los atributos asociados y los datos de submodo.									
Jurisdicción	Región geográfica	Tradicición jurídica	Enfoque administrativo	Modelo regulatorio	Situación de ingresos	Definición estipulativa	Definición lexicológica	Definición circular	Total de definiciones
Australia	Pacífico Sur	<i>Common Law</i>	Multidisc. con juntas individuales y servicios compartidos	Autoregulación supervisada	Altos	101	63	73	237
Brasil	Sudamérica	Derecho civil	División de poderes	Autoregulación supervisada	Medios-altos	6	0	0	6
Etiopía	África	Derecho civil	Multidisc. junta única global	Autoregulación supervisada	Bajos	0	0	0	0
India	Asia	<i>Common Law</i>	División de poderes	Autoregulación delegada	Medios-bajos	2	1	0	3
Irán	Oriente Medio	Ley islámica	Junta única	Autoregulación delegada	Medios-altos	1	0	0	1
Jamaica	Caribe	<i>Common Law</i>	Junta única	Autoregulación delegada	Medios-bajos	4	3	5	12
Jordania	Oriente Medio	Mezcla de <i>Common</i> Islámica	Junta única	Autoregulación delegada	Medios-altos	1	0	4	5
Karnataka	Asia	<i>Common Law</i>	División de poderes	Autoregulación delegada	Medios-bajos	9	2	9	20
Nuevo Brunswick	Norteamérica	<i>Common Law</i>	Junta única	Autoregulación pura	Altos	13	6	20	39
Nueva Zelanda	Pacífico Sur	<i>Common Law</i>	Multidisc. con juntas únicas	Autoregulación supervisada	Altos	21	7	18	46
Noruega	Europa	Mezcla Civil <i>Common</i> Consuetudinario	Unidad reguladora	Gobierno	Altos	2	0	3	5
Ruanda	África	Mezcla Civil Consuetudinario	Junta única	Autoregulación supervisada	Bajos	1	5	5	11
España	Europa	Derecho civil	Junta única	Autoregulación delegada	Altos	0	0	0	0
Taiwán	Asia	Derecho civil	Unidad reguladora	Gobierno	Altos	2	0	1	3

mente (Benton & Morrison, 2009a, 2009b; Casey, 2008; Pew Health Professions Commission, 1995b). Sin embargo, pese a la importancia de esta cuestión, los léxicos actuales que pretenden ofrecer definiciones de términos y procesos presentan diversas carencias. El actual léxico de regulación y autorización del CIE (2005) presenta una lista reducida de términos técnicos (92 definiciones). En algunos casos, se dan múltiples definiciones para un término. Por ejemplo, “Práctica de enfermería avanzada” presenta cuatro alternativas, y un total de 42 de las 92 definiciones adopta este enfoque de múltiples alternativas (46%). Además, el léxico no sintetiza las varias alternativas en una versión compuesta, y ni siquiera indica cuál de los términos disponibles es el preferido o aprobado para un uso internacional. Por último, el léxico del CIE (2005) tiende a centrarse en las responsabilidades profesionales y en la función reguladora, tratando solo muy por encima los términos administrativos, de gobierno y de formación más general.

La Confederación Internacional de Matronas (2011) también ha elaborado un glosario de términos, que incluye 73 definiciones. Cada definición se subdivide en tres posibles partes — *Definiciones genéricas usadas en documentos de la CIM*, *Términos específicos del glosario de regulación de la CIM*, y *Términos específicos del glosario de formación de la CIM*. Solo dos definiciones tienen las tres partes completas. Este glosario tiene una utilidad limitada, ya que estas definiciones parecen referirse solo a los documentos de la CIM. Esto difiere del enfoque adoptado por el Consejo Internacional de Enfermeras, que establece expresamente como objetivo de su léxico informar de manera normativa al gobierno y a quienes deseen influir en la futura legislación.

Un análisis más profundo de las definiciones incluidas en la muestra legislativa y de las establecidas por los léxicos del CIE y de la CIM ponen de manifiesto otras deficiencias relacionadas con el reconocimiento recíproco. Sin embargo, cabe destacar que la Organización Mundial del Comercio (2012) ha elaborado una lista completa de términos relacionados con los acuerdos y procesos de comercio y reconocimiento recíproco que se podría utilizar para garantizar una mayor armonización de los términos en las leyes jurisdiccionales de enfermería y en ámbitos afines.

Un ámbito que suele presentar problemas particulares, tanto para el organismo regulador como para el profesional registrado que solicita el reconocimiento de sus cualificaciones, tiene que ver con las complejidades del diseño y contenido de los programas formativos y su correspondiente acreditación. El léxico de términos del CIE (2005) sí ofrece una serie de definiciones pertinentes pero, dados los recientes avances, como los relacionados con los acuerdos de Lisboa y Bolonia y el proyecto Tuning (Ministry of Education & Research, 2005) parece oportuno revisar los términos pertinentes. La necesidad de esta revisión se ve acentuada por las observaciones realizadas por el sector de la enseñanza superior, que considera frustrante la falta de coherencia entre el uso de términos por parte de la enseñanza superior y por parte de los organismos profesionales, estatutarios y reguladores (Higher Education Better Regulation

Group, 2011a). En efecto, partiendo de la información facilitada en un estudio realizado en el Reino Unido, el sector de la enseñanza superior ha señalado que se relaciona con 139 organismos profesionales, estatutarios y reguladores independientes que emplean terminologías diferentes, a menudo para las mismas cuestiones o asuntos similares (Higher Education Better Regulation Group, 2011b). Estas diferencias no son solo ineficientes, sino que pueden obstaculizar el aprendizaje entre disciplinas sanitarias, a las que se les requiere cada vez más que trabajen y aprendan de manera más coherente entre sí (Institute of Medicine, 2010). En los Estados Unidos, el CLER (2010) y la Organización Nacional para la Garantía de Competencia (Durley, 2005) también han desarrollado un glosario de términos. En el caso del glosario creado por el CLER (2010), se reunió información de fuentes internacionales que va más allá de la enfermería y abarca material de otras disciplinas reguladas. El trabajo de Durley (2005), centrado de manera más específica en la acreditación, es un subconjunto del material abarcado en este estudio. Pese a sus carencias, ambos ofrecen ejemplos de un elemento clave que debe figurar en cualquier glosario de términos exhaustivo: los sinónimos.

Aunque debe reconocerse que la muestra era de pequeño tamaño y que por tanto los resultados podrían estar influenciados por un ejemplo de legislación especialmente atípico, los resultados son importantes. Estas son las leyes reales que gobiernan actualmente la seguridad pública y la movilidad de los enfermeros en las diversas jurisdicciones examinadas. Tras nuestra revisión de las fuentes, consideramos que existen posibilidades reales de afrontar las lagunas identificadas por nuestro estudio. Sobre la base de varios léxicos existentes y abordando sistemáticamente sus carencias individuales y colectivas, podría desarrollarse un diccionario de términos y procesos clave integrado y mejorado. Los autores sostienen que esto constituiría un valioso recurso para contribuir a mejorar la precisión del lenguaje empleado en la legislación futura.

Conclusiones

Al sintetizar los puntos anteriores, resulta crucial repetir un resultado concreto identificado por este estudio. Actualmente, un considerable porcentaje de los términos “definidos” en la legislación existente carece de precisión. Solo poco más de una de cada cinco definiciones emplea un formato lexicológico (22%). En el panorama actual, caracterizado por una mayor movilidad de los enfermeros, esto no solo supone problemas fundamentales en cuanto a la seguridad del paciente, sino que crea barreras innecesarias para la libre circulación. En resumen, la legislación debe ser mucho más precisa en su uso del lenguaje, y dicho lenguaje debe tener una mayor uniformidad de uso entre jurisdicciones.

En vista de todos los puntos identificados en este trabajo y teniendo en cuenta la necesidad de ofrecer una claridad terminológica internacional, se propone que el Consejo Internacional de Enfermeras revise su actual léxico de térmi-

nos con carácter de urgencia. Este trabajo debería basarse en los resultados de este estudio, ampliar el material con las fuentes identificadas previamente, orientarse por los criterios especificados por la Organización Internacional de Normalización (2004); y emplear un formato de definición lexicológica para todos los términos y procesos. Cuando existan sinónimos, deberían identificarse con claridad. El CIE podría utilizar el nuevo documento para fomentar cambios normativos en la futura legislación reguladora, ofreciendo un medio para proteger mejor al público, y racionalizar el proceso de reconocimiento transfronterizo de credenciales entre jurisdicciones.

Contribuciones de los autores

David C. Benton (RN, MPhil) identificó la necesidad de este estudio y conceptualizó el problema. También realizó el análisis de políticas y redactó el borrador inicial. Máximo Antonio González-Jurado (RN, PhD) y Juan Vicente Benoit-Montesinos (MD, PhD) contribuyeron al diseño de los métodos. También se encargaron de validar el análisis y de revisar el borrador del documento.

Referencias

- Affara, A. (2010). *Global issues and trends in nursing education*. Geneva: International Council of Nurses.
- Aiken, L. H., Buchan, J., Sochalski, J., Nichols, B., & Powell, M. (2004). Trends in international nurse migration. *Health Affairs*, 23(3), 69–77.
- Bailey, K. D. (1994). *Methods of social research* (4th ed.). New York: The Free Press.
- Belnap, N. (1993). On rigorous definitions. *Philosophical Studies*, 72(2), 115–146.
- Benton, D. (2011). International issues and trends in nursing regulation. *Journal of Nursing Regulation*, 4(1), 4–8.
- Benton, D. C., & Morrison, A. (2009a). *Regulation 2020: Exploration of the present; vision for the future*. Geneva: International Council of Nurses.
- Benton, D. C., & Morrison, A. (2009b). *The role and identity of the regulator: An international comparative study*. Geneva: International Council of Nurses. Retrieved from: http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/free_publications/role_identity_regulator.pdf
- Casey, J. (2008). Key trends in professional regulation. Perspectives for the professions, Issue 5, 1–4, Edmonton, AB, Field Law Ltd. Retrieved from: http://www.fieldlaw.com/articles/JTC_KeyTrendsInProfessionalRegulation.pdf
- Council on Licensure, Enforcement and Regulation. (2010). *Glossary of terminology used in professional and occupational regulation*. Lexington, Council on Licensure, Enforcement and Regulation. Retrieved from: <http://www.clearhq.org/resources/GlossaryGeneral.pdf>
- Cutcliffe, J. R., Bajkay, R., Forster, S., Small, R., & Trivale, R. (2011). Nurse migration in an increasingly interconnected world: The case for internationalization of regulation of nurses and nursing regulatory bodies. *Archives of Psychiatric Nursing*, 25(5), 320–328.
- Durley, C. C. (2005). *The NOCA guide to understanding credentialing concepts*. Washington, DC: National Organization for Competency Assurance.
- Higher Education Better Regulation Group. (2011a). *Professional, statutory and regulatory bodies: An exploration of their engagement with higher education*. London: HEBRG. Retrieved from: http://www.hebetterregulation.ac.uk/OurWork/Documents/HEBRG_PSRB%20report_FINAL.pdf
- Higher Education Better Regulation Group. (2011b). *Better Regulation Group: Review of the non-HE regulatory landscape and its impact on HEIs*. London: HEBRG. Retrieved from: <http://www.hebetterregulation.ac.uk/OurWork/Documents/HEBRG%20Review-Final%20Report.pdf>
- Institute of Medicine. (2010). *The future of nursing: Leading change advancing health*. Washington: National Academies of Science.
- International Centre for Human Resources in Nursing. (2010). *Dynamic issues in nursing: The impact of the economic recession on nurses and nursing in Iceland*. Geneva: International Council of Nurses. Retrieved from: <http://www.icn.ch/images/stories/documents/pillars/sew/ICHRN/Publications/CaseStudies/DynamicIssuesinNursing.pdf>
- International Council of Nurses. (2004). *The global shortage of registered nurses: An overview of issues and actions*. Geneva: International Council of Nurses.
- International Council of Nurses. (2005). *Regulation terminology: Version 1*. Geneva: International Council of Nurses. Retrieved from: <http://www.icn.ch/images/stories/documents/pillars/regulation/RegulationTerminology.pdf>
- International Council of Nurses. (2011). *Student Network Bulletin No. 4*. Geneva: International Council of Nurses. Retrieved from: <http://www.icn.ch/images/stories/documents/networks/Student/StudentNetworkBulletinNovember2011.pdf>
- International Confederation of Midwives. (2011). *Global Standards for Midwifery Regulation*. The Hague: International Confederation of Midwives. Retrieved from: <http://www.internationalmidwives.org/Portals/5/2011/Global%20Standards/GLOBAL%20STANDARDS%20FOR%20MIDWIFERY%20REGULATION%20ENG.pdf>
- International Standards Organization. (2004). *Information technology — Metadata registries part 4: Formulation of data definitions. ISO/IEC 11179-4*. Geneva: International Standards Organization.
- Jordana, J., Levi-Faur, D. (2010). Working Paper 27: Exploring Trends and Variations in Agency Scope. Mount Sco-pus, Department of Political Science & The Federmann School of

Financiación

Este estudio no está respaldado por ninguna fuente de financiación o subvención.

Conflicto de interés

El autor principal es el Director General del Consejo Internacional de Enfermeras y tiene interés en velar por que las posiciones políticas y los principios del CIE reflejen las más recientes corrientes de pensamiento y evidencias.

Agradecimientos

Este documento fue desarrollado como parte de un estudio de investigación para doctorado en la Universidad Complutense de Madrid, titulado “*An Exploratory International Comparative Analysis of How the Practise of Nurses Is Regulated*” (Análisis comparativo internacional exploratorio sobre cómo se regula la práctica de enfermería).

- Public Policy & Government The Hebrew University. <http://regulation.huji.ac.il/papers/jp27.pdf>. Accessed 21/01/2013.
- Kingma, M. (2008). Nurses on the move: Historical perspective and current issues. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*, 13(May (2)). Manuscript 1. Retrieved from: <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/vol132008/No2May08/NursesontheMove.html?css=print>
- Malvarez, S. M., & Agudelo, M. C. C. (2005). *Overview of the nursing workforce in Latin America*. Washington, DC: Pan American Health Organization. Retrieved from: <http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/GNRI/Issue6 LatinAmerica.pdf>
- Ministry of Education and Research. (2005). *Concepts used in the Lisbon recognition convention and subsidiary documents to the convention*. Oslo: Ministry of Education and Research Norway. Retrieved from: <http://www.bologna-bergen2005.no/EN/Glossary/Glos1.HTM>
- Minogue, M. (2005). Apples and Oranges — comparing international experiences in regulatory reform. Occasional Lecture 13, Bath, University of Bath School of Management, Centre for the study of regulated industries.
- Norman, A. (2002). Legacy of the UKCC: Change of the helmsman. *Nursing Management*, 9(5), 9—15.
- Ogus, A. (2002). Paper No. 35, Comparing regulatory systems: Institutions, Processes and Legal forms in Industrialised Countries. Manchester, Centre on Regulation and Competition, Institute for Development Policy and Management, University of Manchester. <http://www.scribd.com/doc/52950961/Comparing-Regulatory-Systems-Anthony-Ogus>. Accessed 21/01/2013.
- Payne, G., & Payne, J. (2004). *Key concepts in social science*. London: Sage Publications.
- Pew Health Professions Commission. (1995a). *Reforming health workforce regulation: Policy considerations for the 21st Century*. San Francisco, CA: Pew Health Professions Commission. <http://www.soundrock.com/sop/pdf/Reforming%20Health%20Care%20Workforce%20Regulation.pdf>
- Pew Health Professions Commission. (1995b). *Critical challenges: Revitalizing the health professions for the twenty first century*. San Francisco, CA: Pew Health Professions Commission. Retrieved from: <http://futurehealth.ucsf.edu/Content/29/1995-12 Critical Challenges Revitalizing the Health Professions for the Twenty-First Century.pdf>
- Russell, K. (2012). Nurse practice acts guide and govern nursing practice. *Journal of Nursing Regulation*, 3(3), 36—42.
- Scheffler, I. (1968). *The language of education*. Springfield, IL: Thomas Publications Ltd.
- Shleifer, A. (2005). Understanding regulation. *European Financial Management*, 11(4), 439—451.
- Woodbridge, M., & Bland, M. (2010). Supporting Indian nurses migrating to New Zealand: A literature review. *International Nursing Review*, 57(1), 40—48.
- World Bank Organization. (2012). *How do we classify countries*. Washington, DC: World Bank Organization. Retrieved from: <http://data.worldbank.org/about/country-classifications>
- World Health Organization. (2006). *Working together for health: The World Health Organization Report 2006*. Geneva: WHO. Retrieved from: http://www.who.int/whr/2006/whr06_en.pdf
- World Health Organization Western Pacific Region. (2004). *The migration of skilled health personnel in the Pacific region*. Manila: WHO Western Pacific Regional Office.
- Citese este artículo pendiente de publicación como: Benton, D. C., et al. Professional regulation, public protection and nurse migration. *Collegian: The Australian Journal of Nursing Practice, Scholarship and Research* (2013), <http://dx.doi.org/10.1016/j.colegn.2013.01.001>

Anexo 8

**Lista de nodos y descripciones asociadas
(Léxico de términos)**

Nombre	Descripción del nodo (Tema)
Acreditación	Proceso de revisión y aprobación mediante el que se concede a una institución, programa o servicio específico un reconocimiento limitado en el tiempo por haber cumplido los estándares establecidos más allá de los mínimos aceptables. CIE (2005)
Adaptación	Proceso que ha de seguir una persona formada fuera de la jurisdicción a fin de que sean reconocidas sus cualificaciones, permitiéndose así que su nombre se pueda inscribir en el registro. El proceso puede requerir educación y o práctica adicionales.
Avance de la profesión	Responsabilidad de dirigir esfuerzos para lograr el desarrollo y la mejora de la profesión de enfermería.
Reconocimiento de la práctica avanzada	Mecanismo que incorpora a una lista a aquellas personas que tienen cualificaciones adicionales permitiéndoles ejercer más allá del ámbito de la práctica inicial.
Asesoramiento al gobierno	La responsabilidad de brindar orientación y opiniones al gobierno sobre temas del ámbito del órgano regulador.
Informe anual	Mecanismo mediante el cual el Consejo documenta el progreso respecto a sus responsabilidades y funciones.
Apelación	Una persona que ha sido objeto de una determinación del Consejo, inclusive los procedimientos relativos a la habilitación para ejercer, puede impugnar la decisión siguiendo el proceso establecido.
Aprobación de estándares, estatutos y directrices	Facultad de recibir, considerar y consensuar proyectos de estándares, estatutos y directrices que seguidamente controlan y/o influyen en la dirección y la práctica de la profesión.
Aprobación de estatutos	Responsabilidad de determinar, formular y consensuar las reglas asociadas con subestructuras o estructuras descentralizadas.
Evaluación e investigación	Medios por los que una vez recibida una queja ésta se tramita para determinar si hay suficiente evidencia de haber contravenido las leyes y estatutos por los que se rige el colegiado.
Proceso de designación de la junta	Los miembros pueden ser elegidos, nombrados o representativos y además pueden requerir una aprobación por parte de un ministro u otra autoridad antes de tomar posesión de su cargo.
Presupuesto y cuentas	Medios utilizados para planificar, registrar y comunicar las finanzas de la organización.
Por voto de calidad	Decisión domada por el miembro que preside el Consejo cuando hay empate en los votos de los miembros mediante la adjudicación de un voto adicional al presidente.
Por defecto	Decisión adoptada por la incapacidad del Consejo de tomar una decisión en un determinado periodo de tiempo y, en consecuencia, se confirma un resultado preestablecido.

Por medios electrónicos	Un Consejo puede utilizar medios digitales para llevar a cabo una votación con las mismas normas de mayoría y voto de calidad aplicables siempre y cuando se siga el procedimiento establecido.
Por mayoría	Voto acordado por más del 50% de los miembros elegibles para votar y presentes en la reunión con quórum.
Cláusula global	Disposición general que permite que el regulador asuma responsabilidades adicionales de conformidad con la legislación o instrucciones del gobierno.
Definición circular	Utiliza el término definido y éste se explica como parte de su propia definición. Scheffler (1968)
Código de conducta	Conjunto de comportamientos que establece las normas relativas a los deberes y obligaciones éticos y jurídicos de todos los miembros de una profesión o junta directiva. CLEAR (2010)
Colaboración	Responsabilidad de trabajar con organismos, organizaciones o grupos adecuados en áreas de interés mutuo y en el ámbito del órgano regulador.
Comité	Subestructura utilizada para desempeñar funciones o responsabilidades y los medios por los que se establece o recibe su mandato.
Comité de administración	Detalles proporcionados para orientar el funcionamiento de las estructuras que se encuentran por debajo del Consejo para desempeñar funciones o responsabilidades. Aquí cabe incluir información en términos de referencia, composición, frecuencia de reuniones y procedimientos de presentación de informes y rendición de cuentas.
Composición del Consejo	El quórum se determina no solo en función del número de miembros presente sino también dependiendo del tipo de miembros, garantizándose especialmente un equilibrio entre representación profesional y <i>laica</i> .
Condición de práctica	El ámbito de la práctica del colegiado está limitado de alguna forma. Quizá tenga que recibir más formación, someterse a un periodo de práctica supervisada o quizá solo pueda realizar ciertas actuaciones y otras no. Puede estar limitado a una determinada geografía.
Confidencialidad	Responsabilidades del colegiado en relación con el mantenimiento del acceso a la información personal del cliente restringida a quienes han de tener acceso con fines de evaluación, tratamiento y cuidados.
Consulta	Responsabilidad de hablar con las partes interesadas para la formulación de estrategias, políticas, normas y decisiones.
Competencia continuada	Habilidad continuada de integrar y aplicar los conocimientos, habilidades, juicio y atributos personales requeridos para ejercer de forma segura, competente y ética en un rol y ambiente designados. CIE (2005)

Formación continuada	Se refiere a todo el abanico de experiencias de aprendizaje desde los tiempos de la cualificación inicial hasta la jubilación, diseñado para enriquecer la contribución del enfermero a la atención sanitaria de calidad y la consecución de las metas de su carrera profesional. CIE (2005)
Control de recursos y rendición de cuentas	Gestionar y ser considerado responsable de material financiero y de otro tipo, así como de su adecuada utilización.
Composición del Consejo	Describe los miembros del Consejo y cómo se determinan y designan.
Toma de decisiones del Consejo	Cómo alcanza el órgano de gobierno una determinación sobre un tema de su competencia.
Determinado por el Consejo	Allá donde la junta de gobierno tiene plena autonomía para decidir la frecuencia de las reuniones.
Elementos relacionados con el Consejo	Los componentes estructurales, administrativos, de gobernanza y procedimentales asociados con el órgano de gobierno.
Mandato del Consejo	Periodo de tiempo especificado en la legislación que puede servir un miembro del Consejo, así como cualquier limitación en el número de mandatos que puede completar.
Fuentes de ingresos del Consejo	Los lugares y mecanismos cuyos fondos puede obtener y utilizar el Consejo de forma legal.
Planteamiento basado en la cobertura	El Consejo ha de contar con una presencia que se determina en función de la geografía o el número de colegiados en una ubicación en particular.
Asunto penal	Cuando un colegiado ha sido declarado culpable de un crimen que puede influir en la habilitación para ejercer de la persona.
Decisiones relativas a la habilitación para ejercer	Información relacionada con los nombres y decisiones tomadas contra quienes han sido denunciados ante el regulador y declarados culpables de un delito contra los estándares relativos a la habilitación para ejercer.
Definiciones	Cualquier término establecido con un significado específico en la legislación. Estas descripciones están dirigidas a aportar claridad a la interpretación de la ley, su ámbito y la aplicación de procesos.
Área designada de necesidad	El ministro puede especificar un área geográfica o un problema particular que provocará la adopción de un planteamiento más flexible para el cumplimiento de las responsabilidades y funciones del Consejo.
Dirección y asesoramiento	El ministro tiene la facultad de establecer la dirección de marcha y requerir el cumplimiento de una serie de asuntos pertenecientes al ámbito de la autoridad del Consejo.
Delegación de responsabilidades	Trasferir las obligaciones a un nivel inferior de gobernanza con transparencia y rendición de cuentas.
Cumplimiento de las responsabilidades delegadas	En nombre del Consejo, garantizar que las responsabilidades operativas asociadas con la función principal del Consejo se realizan de forma oportuna y eficiente.

Comité discrecional	Subestructura utilizada para la realización de funciones o el cumplimiento de responsabilidades cuyo establecimiento puede determinar el Consejo o junta.
Sobreseimiento del caso	Tras una investigación, si el caso es desestimado el regulador puede cerrar la investigación y declarar que no hay motivo para emprender una acción disciplinaria.
Puesta en vigor	El poder y la autoridad utilizados para desarrollar e implantar la ley.
Aprobación	Se adjunta una nota a la licencia del colegiado que le permite realizar ciertas actividades o ejercer competencias adicionales o ampliadas en relación con el ámbito de la práctica establecido para el colegiado inicial.
Realiza contratos	Capacidad del órgano de encargar y realizar acuerdos jurídicos con otras personas o entidades para cumplir algunas de las responsabilidades y funciones.
Cualificación de acceso	Los requisitos que debe cumplir una persona que desee acceder a programas de formación enfermera como por ejemplo: años de formación inicial, edad de acceso, nacionalidad, etc.
Equivalencia	Se refiere al proceso mediante el cual dos estándares o procedimientos diferentes permanecen intactos y se tratan como iguales porque, en teoría, producen un resultado igual o similar. CIE (2005)
Establecimiento	El Presidente recibe la autoridad de constituir la junta y ponerla en marcha.
Establecimiento de paneles y tribunales	Facultad de reunir un grupo de personas adecuadamente cualificadas para evaluar imparcialmente la evidencia asociada con cualquier alegación realizada contra el colegiado.
Examen y evaluación	Mecanismo escrito, oral, práctico o de observación mediante el cual se evalúa a la persona con el fin de garantizar que tiene los conocimientos, habilidades y actitudes necesarios para una práctica competente.
Exclusiones	Aquellas responsabilidades que van más allá del ámbito del órgano regulador
Comité ejecutivo y administrativo	Subestructura administrativa que realiza determinadas funciones ejecutivas o administrativas.
Extensión del mandato	Condiciones que permiten a un miembro seguir prestando sus servicios una vez completado su mandato.
Reuniones extraordinarias	Reuniones en las que los miembros del Consejo se reúnen formalmente para abordar asuntos y que son convocadas fuera del ciclo normal de encuentros o para una finalidad específica.
Cuotas de servicio	Fondos derivados de los colegiados y otros que pagan por un servicio que proporciona el Consejo.
Multas	Sumas derivadas principalmente de los colegiados que normalmente han sido encontrados culpables de un cargo específico.

Multas por infracción	Una vez que un colegiado ha sido declarado culpable a través del proceso de quejas, conducta o competencia, éste ha de pagar una suma de dinero como castigo.
Persona habilitada	Persona que cumple los estándares éticos, de conducta, conocimientos, habilidades y actitudes requeridos para ser considerado adecuado para tener la cualificación establecida.
Planteamientos sobre habilitación para ejercer	Serie de planteamientos que analizan distintos aspectos de la capacidad de la persona de cumplir con los estándares, competencias y comportamientos requeridos para ser considerada segura y competente, obtener la licencia de enfermero y trabajar sin necesidad de supervisión directa.
Libre de restricciones	La persona no tiene límites en su ámbito de práctica.
Frecuencia de reuniones	Especifica con qué frecuencia se ha de reunir el Consejo y cómo se pueden convocar reuniones adicionales.
Aviso formal	En los casos en que el colegiado es declarado culpable de una infracción menor, éste puede recibir un aviso en forma de declaración escrita de la cuestión que hay que abordar. Dicha declaración puede tener un límite temporal en el sentido de que se puede eliminar del historial permanente del colegiado si no se producen más infracciones en un determinado periodo de tiempo.
Disposiciones generales para desarrollar acuerdos	Reconoce que los enfermeros que han obtenido su cualificación en otra jurisdicción pueden, de conformidad con un acuerdo alcanzado entre jurisdicciones, lograr el reconocimiento de dicha cualificación.
Nombramiento	Es posible identificar a los miembros en función de una ubicación física específica.
Concesión de fondos	Facultad de proporcionar a un órgano regulador dinero público a cambio de una información o servicio solicitado.
Becas, regalos y donaciones	Fondos otorgados por personas u organizaciones al órgano regulador para su uso sin especificar límites en relación con su utilización.
Asignaciones del gobierno	Fondos otorgados por el parlamento o ministerios para permitir que el Consejo desempeñe sus responsabilidades y funciones.
Valoración de la salud	Si se sospecha que un colegiado tiene un problema físico o psicológico el regulador puede requerirle que visite a un médico para recibir una evaluación, diagnóstico o tratamiento.
Cuestión de salud	Queja que se puede derivar de un problema, físico o psicológico, que impide la capacidad del colegiado de funcionar de forma apropiada o competente y donde el problema subyacente se puede remediar o tratar.
Instrucciones de implantación	Requisito de cumplir con la dirección del organismo de supervisión.
Encarcelamiento	Un colegiado puede ser condenado a penas de prisión por determinados tipos de delitos.

Mejora de la práctica profesional	Acciones y actividades dirigidas a mejorar la calidad e incrementar el ámbito de la práctica profesional.
Seguro profesional	Pago que efectúa el profesional para obtener un mecanismo que cubra los daños y costes en caso de que el colegiado sea declarado culpable de mala conducta o práctica negligente.
Colegiación inicial	Cualificación básica obtenida tras completar un programa de formación establecido, aprobado y necesario dirigido a la obtención de una licencia general o básica para ejercer como enfermero en la jurisdicción.
Condiciones de colegiación inicial	Especifica cualquier condición establecida para la colegiación. Aquí cabe incluir la culminación de un programa aprobado, superar un examen nacional, declaración de habilitación, pago de una cuota, etc.
Aprobación institucional	Mecanismos para determinar si la entidad de formación cumple con los estándares requeridos para desarrollar e impartir programas de estudio diseñados para proporcionar al profesional las competencias necesarias para su colegiación.
Inversiones	Ingresos derivados del dinero depositado en bancos o en el mercado con el fin de generar beneficios.
Persona <i>laica</i>	Persona involucrada en los procesos o acuerdos de gobernanza del Consejo que no está colegiada según la ley vigente.
Naturaleza jurídica del Consejo	El estatus atribuido al Consejo en términos de nivel de autonomía y rendición de cuentas.
Definición léxical	Contiene una lista y descripción de todos los usos comunes de un término según su uso en una determinada comunidad lingüística. Scheffler (1968)
Colegiación limitada	Categoría de colegiación en la que una persona pretende una cualificación de especialista y a través de la colegiación limitada puede ejercer, normalmente en el ámbito de un programa de estudios aprobado, más allá del ámbito normal de la práctica conferido en la colegiación inicial.
Competencia lingüística	Capacidad de comunicar y documentar los cuidados con los clientes y otros profesionales con el nivel necesario para garantizar la seguridad del paciente.
Ubicación del Consejo	Sede física del Consejo.
Realizar nombramientos	Responsabilidad de reclutar u organizar elecciones o procedimientos asociados para puestos tanto ejecutivos como de otra índole.

Nombramientos y destituciones	Independientemente del proceso de nombramiento el ministro tiene la facultad de designar y/o destituir personas en puestos clave del órgano de gobernanza del Consejo como por ejemplo, el <i>registrar</i> (encargado del registro), miembros de la junta y el presidente.
Comité obligatorio	Subestructura administrativa establecida en la legislación mediante la cual el órgano regulador ha de constituir dicha entidad.
Tiempo máximo de mandato	Especifica (normalmente en años) el periodo máximo que un miembro puede prestar servicio en el Consejo sin renovar mandato.
Medios de acreditación	Describe los mecanismos por lo que se ejerce la función de aprobación, lo cual puede hacerse mediante una función externa o interna.
Competencias y naturaleza de miembro	Los candidatos a la junta del Consejo han de tener una serie de habilidades, conocimientos y competencias que les permitan estar habilitados.
Número mínimo	Aquí es donde se especifica el número de reuniones pero puede variar el tiempo que transcurre entre las mismas.
Monitorización	Seguimiento del desempeño de elementos clave de las funciones y responsabilidades en materia de regulación.
Monitorización y revisión	La facultad de supervisar y valorar las acciones y actividades del órgano regulador.
Reconocimiento mutuo	Proporciona detalles sobre cómo los enfermeros que tienen una cualificación obtenida fuera de la jurisdicción se pueden colegiar y garantizarse el derecho a ejercer en la jurisdicción cubierta por la ley. El acuerdo puede ser específico en el que se nombran la jurisdicción o grupo de jurisdicciones o puede ser de carácter general en el que se describe un proceso.
Nombre del Consejo	Título oficial otorgado al Consejo en la legislación.
Mención de la ubicación	Se menciona específicamente la sede física de las oficinas del Consejo en la legislación.
Notificación de una decisión	Requisito de facilitar los resultados de cualquier investigación de una queja a las partes involucradas (demandante, colegiado, otros órganos reguladores, empleador, etc.).
Obtención de información	El ministro tiene derecho a requerir y recibir datos agregados que puedan contribuir a una planificación más amplia del sistema de salud.
Habilitación continuada para ejercer	Declaración de que la persona sigue cumpliendo con el código deontológico, de que no ha incumplido ninguna ley que le inhabilitaría como enfermero y de que sigue siendo física y mentalmente capaz de cumplir con las obligaciones de un enfermero.
Reglas operativas	Instrucciones específicas sobre cómo se deben desempeñar o implantar las funciones y responsabilidades. Dichas instrucciones no ofrecen flexibilidad ni espacio para su interpretación.
Supervisión de subestructuras	Responsabilidad de administrar aquellos comités y funciones que dependen de la junta de gobierno.

Evaluación del desempeño	Si se cuestiona la competencia del colegiado, el regulador puede solicitar una auditoría de la misma evaluándola en función de los estándares o criterios establecidos.
Facultad del ministro o autoridad de supervisión	Derechos y acciones asociados con la supervisión de los Consejos según los ejercen personas u organizaciones dada la responsabilidad de actuar de conformidad con la legislación.
Facultades del presidente	Derechos y acciones asociados con la persona que ha sido designada o elegida líder de la junta o Consejo según la legislación.
Facultades del <i>registrar</i> (encargado del registro) y director ejecutivo	Responsabilidades y acciones asociadas con la persona que ha sido designada o elegida como ejecutivo principal o funcionario administrativo del Consejo. Estas facultades pueden estar establecidas en la legislación o delegadas por el Consejo.
Culminación de la práctica	Realización y cumplimiento del requisito durante un periodo de experiencia clínica en una serie de entornos suficiente como para permitir que la persona cumpla los estándares clínicos y adquiera competencia.
Aprobación del ámbito de la práctica	Mecanismos para evaluar la idoneidad de los entornos clínicos para proporcionar la experiencia práctica necesaria destinada a obtener la competencia establecida en un programa que desemboca en la obtención de una cualificación aprobada.
Representación profesional y <i>laica</i>	Los Consejos están cada vez más compuestos por una ratio formada entre quienes son el foco de la legislación (miembros profesionales) y quienes tienen un interés genuino en los estándares y acciones de la profesión pero que no están sujetos a la regulación del Consejo en cuestión (miembros de la comunidad o <i>laicos</i>).
Distribución de profesionales	Distintos tipos de profesionales, como enfermero generalista, de salud mental, pediátrico, etc. o distintos niveles, como auxiliar de enfermería, enfermero enrolado, enfermero colegiado, enfermero especialista, <i>nurse practitioner</i> etc. o enfermeros de distintos entornos de trabajo, como la formación o la práctica (hospital y comunidad), investigación etc., especificados como categorías de las que proviene un número fijo de la composición de la junta.
Presidir	El presidente supervisa y proporciona liderazgo en las reuniones formales del Consejo con el fin de garantizar que las acciones, responsabilidades y funciones del Consejo cumplen con los acuerdos gubernamentales establecidos.
Comité profesional	Subestructura administrativa que realiza una función profesional relativa a las responsabilidades establecidas por ley.
Desarrollo profesional	La legislación contempla la facultad de proporcionar asistencia para el avance de la profesión y sus intereses.

Cuestión profesional	Cuando un colegiado ha ejercido infringiendo presuntamente el código deontológico, el ámbito de la práctica o no cumple con los estándares de competencia y conducta establecidos para los enfermeros colegiados.
Aprobación de programas	Mecanismos para garantizar y comunicar que un determinado curso de estudios ha cumplido los estándares establecidos para formar profesionales competentes.
Culminación de programas	El colegiado ha cursado un periodo de estudio en una institución aprobada y ha obtenido los resultados requeridos asociados a un programa de estudios aprobado y validado.
Promoción y protección de la profesión	Actividades diseñadas para potenciar la imagen de la profesión o mejorar las condiciones y aspectos socio-económicos y recompensas de los enfermeros y la enfermería.
Suministro de información	Responsabilidad de la junta de publicar datos y asesoramiento sobre determinados temas.
Protección de los ciudadanos	La legislación está diseñada para garantizar que la competencia de quienes ejercen y su forma de comportarse permite no dañar a los pacientes o las poblaciones a las que prestan servicio.
Finalidad de la legislación	La intención establecida explícitamente en la legislación.
Mejora de la calidad	Planteamiento diseñado para que avancen los estándares de servicio que ofrecen los profesionales y para incrementar o mantener la confianza.
Quórum del Consejo	Requisito de que el Consejo tenga un cierto número de miembros presente antes de poder tramitar legalmente un asunto y tomar decisiones.
Recepción de una queja	El mecanismo y proceso mediante el que se recibe y se tramita para su consideración, por parte del Consejo, una alegación contra un colegiado o quienes son objeto de la ley.
Práctica reciente	El hecho de que el colegiado haya trabajado un mínimo de horas en el periodo de renovación de la colegiación.
Re-examen	Test que se ha de realizar con una frecuencia determinada para garantizar que el colegiado sigue cumpliendo los estándares establecidos para ejercer.
Registro	Base de datos compuesta u otro medio que contiene una lista de las personas que han accedido o completado un programa de formación aprobado que desemboca en una cualificación profesional.
Colegiación	Proceso que reconoce que el solicitante ha cumplido los estándares establecidos, ha completado un programa aprobado y es una persona habilitada para que su nombre aparezca en el registro, se le expida una licencia para ejercer y tenga derecho a utilizar un título protegido.
Examen de colegiación	La manera en la que el colegiado demuestra suficientes conocimientos o competencia para cumplir con los estándares de formación y de práctica establecidos.

Cuota de colegiación y forma establecida	Suma de dinero abonada para tramitar la solicitud de una licencia para ejercer. El solicitante facilita información fundamental en el formato requerido junto con pruebas de que la información es precisa.
Renovación de la colegiación	Así se establecen los requisitos para el mantenimiento de una licencia para ejercer y cabe especificar la frecuencia de los requisitos que hay que cumplir, el pago de una cuota, una declaración de habilitación continuada para ejercer, la realización de un mínimo de horas de práctica durante el periodo de tiempo precedente, la realización de una serie de horas de formación continuada, requisitos en términos de evaluación continuada de la competencia.
Funciones del registro	Procesos, acciones y temas relativos a la colegiación, la concesión de la licencia y su renovación en relación con las personas objeto de la ley.
Reuniones periódicas	El Consejo ha de convocar periódicamente, normalmente con el formato de una vez cada cierto periodo de tiempo como por ejemplo, a la semana, al mes, al trimestre.
Legislación relacionada	Otras actas, leyes o decretos que interactúan o son objeto de la Ley de Enfermería.
Revocación de la licencia	Al colegiado se le retira el derecho a ejercer y al hacerlo quizá deba devolver a la autoridad regulatoria cualquier símbolo, certificado u otra documentación que se pudiera utilizar para indicar que actualmente es un colegiado con derecho a ejercer. El regulador cancelará del registro el nombre de la persona y puede publicar su situación en la página web o en alguna publicación pública oficial como el boletín oficial del Estado.
Renovación del mandato	Especifica cualquier limitación al número de veces que una persona puede servir en el Consejo y cómo hacerlo.
Informes e información	Recopilación de los datos necesarios y publicación de los mismos a las autoridades que corresponda.
Representación	El presidente es la persona que puede hablar formalmente o participar en nombre de la junta en distintas reuniones o entornos.
Miembro representativo	Persona de la junta identificada en función de que proviene de una determinada organización o tiene un puesto específico.
Solicitud y proceso relativo a la <i>recolegiación</i>	Los pasos necesarios para mantener el derecho a ejercer normalmente para mantener el derecho a ejercer normalmente con una frecuencia establecida cumplimentando un cuestionario específico al que normalmente va asociado el pago de una cuota.
Responsabilidades y funciones	Poderes y actividades específicos otorgados al órgano regulador mediante la legislación.
Establecimiento de cuotas	La responsabilidad de decidir los pagos que se han de recaudar para las distintas funciones que desempeña el regulador.
Ámbito de penalizaciones	Documenta el abanico de opciones que el regulador tiene a disposición a la hora de tratar a los colegiados que han sido objeto de una investigación tras la presentación de una queja. Aquí cabe incluir la cancelación o suspensión del registro, un nuevo periodo de formación, restricción de la licencia, multas, avisos, etc.

Ámbito de la práctica	Abanico de roles, funciones, responsabilidades y actividades para las que se forma, es competente y tiene autoridad para realizar un profesional colegiado/con licencia. Define su rendición de cuentas y los límites a su ejercicio profesional. CIE (2005)
Mayoría simple	La reunión tiene quórum cuando más del 50% de los miembros está presente.
Acuerdos multi y bilaterales especificados	Acuerdos existentes que han sido alcanzados entre dos o más jurisdicciones que contemplan procesos automáticos o estandarizados en términos de reconocimiento y establecimiento.
Número especificado de miembros	Una reunión tiene quórum cuando un número mínimo de miembros está presente en la misma según se contempla y documenta en la legislación.
Proporción especificada de miembros	Se alcanza el quórum cuando el porcentaje documentado o una proporción de miembros establecida en la legislación está presente en una reunión del Consejo.
Estándares y documentos clave	Documentos que establecen los requisitos y/o procesos que se deben seguir a la hora de lograr o cumplir un nivel establecido de práctica, formación o conducta.
Estándares de formación	Especifica una serie de requisitos en términos de programa y aprobación institucional así como los exámenes necesarios que una persona ha de completar como preparación para la colegiación.
Estándares de la práctica	Especifica las habilidades y competencias requeridas para permitir que una persona se colegie.
Definición estipulativa	Especificación de una formulación concreta como significado para una determinada finalidad sin tener en cuenta el uso común. Scheffler (1968)
Suspensión de la licencia	El profesional no está autorizado a ejercer durante un periodo de tiempo establecido o hasta haber cumplido ciertas condiciones.
Colegiación temporal	Capacidad de conceder una licencia, normalmente bajo circunstancias excepcionales, normalmente por un periodo de tiempo limitado y sin cumplir los requisitos normales para la licencia.
Título	El nombre jurídico del acta o decreto está especificado en el cuerpo de dicha acta junto con la referencia del nombre indicada en la parte frontal del documento. El objetivo es dar coherencia y facilitar referencias precisas a la legislación. Además del nombre, puede haber una fecha asociada del acta y en algunos casos también un número de referencia adicional.
Realización de investigación	Realización de investigaciones y evaluaciones de conformidad con las responsabilidades y funciones del órgano regulador con el fin de proporcionar o confirmar evidencia de eficacia, eficiencia o impacto.
Fuentes no especificadas	Disposición general para que el regulador pueda aceptar fondos de cualquier fuente legal.

Movilidad de la fuerza laboral:	La legislación está diseñada para facilitar la circulación de los enfermeros que cumplen los estándares establecidos entre fronteras jurisdiccionales a la par que garantiza que los ciudadanos tienen acceso a profesionales competentes.
---------------------------------	--

Anexo 9

Tablas de datos resumidas de los nodos

Jurisdicción	Región geográfica	Tradición Jurídica	Planteamiento Administrativo	Modelo regulatorio	Situación económica	Título
Australia	Pacífico Sur	Derecho consuetudinario	Multi-D con Juntas individuales y servicios compartidos	Auto-regulación supervisada	Alta	1
Brasil	América del Sur	Derecho civil	División de poderes	Auto-regulación	Media-alta supervisada	0
Etiopía	África	Derecho civil	Junta única multidisciplinar paraguas	Auto-regulación supervisada	Baja	1
India	Asia	Derecho consuetudinario	División de poderes	Auto-regulación delegada	Media-baja	1
Irán	Oriente medio	Derecho Islámico	Junta única	Auto-regulación	Media-alta delegada	0
Jamaica	Caribe	Derecho consuetudinario	Junta única	Auto-regulación delegada	Media-baja	0
Jordania	Oriente medio	Mixto consuetudinario-islámico	Junta única	Auto-regulación delegada	Media-alta	1
Karnataka	Asia	Derecho consuetudinario	División de poderes	Auto-regulación delegada	Media-baja	1
Nueva Brunswick	América del Norte	Derecho consuetudinario	Junta única	Auto-regulación pura	Alta	1
Nueva Zelanda	Pacífico Sur	Derecho consuetudinario	Multidisciplinar con juntas individuales	Auto-regulación supervisada	Alta	2
Noruega	Europa	Mixto civil-consuetudinario	Unidad reguladora	Gubernamental	Alta	1
Ruanda	África	Mixto civil-consuetudinario	Junta única	Auto-regulación supervisada	Baja	1
España	Europa	Derecho civil	Junta única	Auto-regulación delegada	Alta	1
Taiwán	Asia	Derecho civil	Unidad reguladora	Gubernamental	Alta	1

Jurisdicción	Región geográfica	Tradición Jurídica	Planteamiento Administrativo	Modelo regulatorio regulatorio	Situación económica	Definición estipulativa	Definición léxica	Definición circular	Todas las definiciones
Australia	Pacífico Sur	Derecho consuetudinario	Multi-D con Juntas individuales y servicios compartidos	Auto-regulación supervisada	Alta	101	63	73	237
Brasil	América del Sur	Derecho civil	División de poderes	Auto-regulación supervisada	Media-alta	6	0	0	6
Etiopía	África	Derecho civil	Junta única multi-disciplinar paraguas	Auto-regulación supervisada	Baja	0	0	0	0
India	Asia	Derecho consuetudinario	División de poderes	Auto-regulación delegada	Media-baja	2	1	0	3
Irán	Oriente medio	Derecho Islámico	Junta única	Auto-regulación delegada	Media-alta	1	0	0	1
Jamaica	Caribe	Derecho consuetudinario	Junta única	Auto-regulación delegada	Media-baja	4	3	5	12
Jordania	Oriente medio	Mixto consuetudinario-islámico	Junta única	Auto-regulación delegada	Media-alta	1	0	4	5
Karnataka	Asia	Derecho consuetudinario	División de poderes	Auto-regulación delegada	Media-baja	9	2	9	20
Nueva Brunswick	América del Norte	Derecho consuetudinario	Junta única	Auto-regulación pura	Alta	13	6	20	39
Nueva Zelanda	Pacífico Sur	Derecho consuetudinario	Multidisciplinar con juntas individuales	Auto-regulación supervisada	Alta	21	7	18	46
Noruega	Europa	Mixto civil-consuetudinario	Unidad reguladora	Gubernamental	Alta	2	0	3	5
Ruanda	África	Mixto civil-consuetudinario	Junta única	Auto-regulación supervisada	Baja	1	5	5	11
España	Europa	Derecho civil	Junta única	Auto-regulación delegada	Alta	0	0	0	0
Taiwán	Asia	Derecho civil	Unidad reguladora	Gubernamental	Alta	2	0	1	3

Jurisdicción	Región geográfica	Tradición Jurídica	Planteamiento Administrativo	Modelo regulatorio	Situación económica	Desarrollo profesional	Protección de los ciudadanos	Mejora de la calidad	Movilidad de la fuerza laboral	Totales de la finalidad
Australia	Pacífico Sur	Derecho consuetudinario	Multi-D con Juntas Individuales y servicios compartidos	Auto-regulación supervisada	Alta	1	3	0	1	5
Brasil	América del Sur	Derecho civil	División de poderes	Auto-regulación supervisada	Media-alta	0	1	0	0	1
Etiopía	África	Derecho civil	Junta única multidisciplinar paraguas	Auto-regulación supervisada	Baja	0	0	0	0	0
India	Asia	Derecho consuetudinario	División de poderes	Auto-regulación delegada	Media-baja	0	1	0	0	1
Irán	Oriente medio	Derecho Islámico	Junta única	Auto-regulación delegada	Media-alta	0	0	0	0	0
Jamaica	Caribe	Derecho consuetudinario	Junta única	Auto-regulación delegada	Media-baja	0	0	0	0	0
Jordania	Oriente medio	Mixto consuetudinario -islámico	Junta única	Auto-regulación delegada	Media-alta	1	1	0	0	2
Karnataka	Asia	Derecho consuetudinario	División de poderes	Auto-regulación delegada	Media-baja	0	1	0	0	1
Nueva Brunswick	América del Norte	Derecho consuetudinario	Junta única	Auto-regulación pura	Alta	1	1	0	0	2
Nueva Zelanda	Pacífico Sur	Derecho consuetudinario	Multidisciplinar con juntas individuales	Auto-regulación supervisada	Alta	0	2	0	0	2
Noruega	Europa	Mixto civil - consuetudinario	Unidad reguladora	Gubernamental	Alta	0	1	1	0	2
Ruanda	África	Mixto civil - consuetudinario	Junta única	Auto-regulación supervisada	Baja	0	1	0	0	1
España	Europa	Derecho civil	Junta única	Auto-regulación delegada	Alta	1	1	0	0	2
Taiwán	Asia	Derecho civil	Unidad reguladora	Gubernamental	Alta	0	0	0	0	0

Jurisdicción	Región geográfica	Tradicción Jurídica	Planteamiento Administrativo	Modelo regulatorio	Situación económica	Comités	Composición del consejo	Toma de decisiones del Consejo	Fuentes de ingresos del Consejo	Mandato del Consejo	Frecuencia de reuniones	Naturaleza jurídica del Consejo	Ubicación del Consejo	Nombre del Consejo	Quórum del Consejo	Elementos relacionados con el Consejo
Australia	Pacífico Sur	Derecho consuetudinario	Multi-D con juntas individuales y servicios compartidos	Auto-regulación supervisada	Alta	8	5	4	7	5	0	4	1	2	2	38
Brasil	América del Sur	Derecho civil	División de poderes	Auto-regulación supervisada	Media-alta	0	3	1	11	3	1	0	2	1	0	22
Etiopía	África	Derecho civil	Junta única multidisciplinar paraguas	Auto-regulación supervisada	Baja	9	0	1	0	1	2	0	0	0	1	14
India	Asia	Derecho consuetudinario	División de poderes	Auto-regulación delegada	Media-baja	6	3	0	0	2	1	1	0	0	1	14
Irán	Oriente medio	Derecho Islámico	Junta única	Auto-regulación delegada	Media-alta	3	5	1	2	2	1	1	2	0	1	18
Jamaica	Caribe	Derecho consuetudinario	Junta única	Auto-regulación delegada	Media-baja	4	3	2	5	2	1	2	0	0	1	20
Jordania	Oriente medio	Mixto consuetudinario -islámico	Junta única	Auto-regulación delegada	Media-alta	2	3	1	5	1	0	1	2	1	2	18
Karnataka	Asia	Derecho consuetudinario	División de poderes	Auto-regulación delegada	Media-baja	1	5	0	0	2	0	2	0	1	0	11
Nueva Brunswick	América del Norte	Derecho consuetudinario	Junta única	Auto-regulación pura	Alta	23	1	0	0	0	0	2	0	1	0	27
Nueva Zelanda	Pacífico Sur	Derecho consuetudinario	Multidisciplinar con juntas individuales	Auto-regulación supervisada	Alta	19	2	3	6	2	0	2	0	1	2	37
Noruega	Europa	Mixto civil-consuetudinario	Unidad reguladora	Guberna-mental	Alta	4	0	0	0	0	0	1	0	0	0	5
Ruanda	África	Mixto civil-consuetudinario	Junta única	Auto-regulación supervisada	Baja	4	4	1	3	2	2	1	1	1	1	20
España	Europa	Derecho civil	Junta única	Auto-regulación delegada	Alta	0	3	0	0	1	0	2	0	1	0	7
Taiwán	Asia	Derecho civil	Unidad reguladora	Guberna-mental	Alta	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1

Jurisdicción	Región geográfica	Tradición Jurídica	Planteamiento Administrativo	Modelo regulatorio	Situación económica	Comité obligatorio	Comité discrecional	Comité administrativo	Comités
Australia	Pacífico Sur	Derecho consuetudinario	Multi-D con Juntas individuales y servicios compartidos	Auto-regulación supervisada	Alta	101	63	73	237
Brasil	América del Sur	Derecho civil	División de poderes	Auto-regulación supervisada	Media-alta	6	0	0	6
Etiopía	África	Derecho civil	Junta única multi-disciplinar paraguas	Auto-regulación supervisada	Baja	0	0	0	0
India	Asia	Derecho consuetudinario	División de poderes	Auto-regulación delegada	Media-baja	2	1	0	3
Irán	Oriente medio	Derecho Islámico	Junta única	Auto-regulación delegada	Media-alta	1	0	0	1
Jamaica	Caribe	Derecho consuetudinario	Junta única	Auto-regulación delegada	Media-baja	4	3	5	12
Jordania	Oriente medio	Mixto consuetudinario-islámico	Junta única	Auto-regulación delegada	Media-alta	1	0	4	5
Karnataka	Asia	Derecho consuetudinario	División de poderes	Auto-regulación delegada	Media-baja	9	2	9	20
Nueva Brunswick	América del Norte	Derecho consuetudinario	Junta única	Auto-regulación pura	Alta	13	6	20	39
Nueva Zelanda	Pacífico Sur	Derecho consuetudinario	Multidisciplinar con juntas individuales	Auto-regulación supervisada	Alta	21	7	18	46
Noruega	Europa	Mixto civil-consuetudinario	Unidad reguladora	Gubernamental	Alta	2	0	3	5
Ruanda	África	Mixto civil-consuetudinario	Junta única	Auto-regulación supervisada	Baja	1	5	5	11
España	Europa	Derecho civil	Junta única	Auto-regulación delegada	Alta	0	0	0	0
Taiwán	Asia	Derecho civil	Unidad reguladora	Gubernamental	Alta	2	0	1	3

Jurisdicción	Región geográfica	Tradición Jurídica	Planteamiento Administrativo	Modelo regulatorio	Situación económica	Proceso de designaciones	Representación geográfica	Competencia y carácter del miembro	Representación profesional y laica	Miembro representativo	Composición del Consejo
Australia	Pacífico Sur	Derecho consuetudinario	Multi-D con Juntas individuales y servicios compartidos	Auto-regulación supervisada	Alta	1	1	1	1	1	5
Brasil	América del Sur	Derecho civil	División de poderes	Auto-regulación supervisada	Media-alta	0	0	1	2	0	3
Etiopía	África	Derecho civil	Junta única multidisciplinar paraguas	Auto-regulación supervisada	Baja	0	0	0	0	0	0
India	Asia	Derecho consuetudinario	División de poderes	Auto-regulación delegada	Media-baja	1	1	0	0	1	3
Irán	Oriente medio	Derecho Islámico	Junta única	Auto-regulación delegada	Media-alta	1	0	1	2	1	5
Jamaica	Caribe	Derecho consuetudinario	Junta única	Auto-regulación delegada	Media-baja	1	0	1	1	0	3
Jordania	Oriente medio	Mixto consuetudinario-islámico	Junta única	Auto-regulación delegada	Media-alta	1	0	1	0	1	3
Karnataka	Asia	Derecho consuetudinario	División de poderes	Auto-regulación delegada	Media-baja	2	0	1	1	1	5
Nueva Brunswick	América del Norte	Derecho consuetudinario	Junta única	Auto-regulación pura	Alta	1	0	0	0	0	1
Nueva Zelanda	Pacífico Sur	Derecho consuetudinario	Multidisciplinar con juntas individuales	Auto-regulación supervisada	Alta	1	0	0	1	0	2
Noruega	Europa	Mixto civil-consuetudinario	Unidad reguladora	Gubernamental	Alta	0	0	0	0	0	0
Ruanda	África	Mixto civil-consuetudinario	Junta única	Auto-regulación supervisada	Baja	1	0	1	1	1	4
España	Europa	Derecho civil	Junta única	Auto-regulación delegada	Alta	2	0	1	0	0	3
Taiwán	Asia	Derecho civil	Unidad reguladora	Gubernamental	Alta	0	0	0	0	0	0

Jurisdicción	Región geográfica	Tradicción Jurídica	Planteamiento Administrativo	Modelo regulatorio	Situación económica	Por voto de calidad	Por defecto	Por medios electrónicos	Por voto de mayoría	Toma de decisiones del consejo
Australia	Pacífico Sur	Derecho consuetudinario	Multi-D con Juntas individuales y servicios compartidos	Auto-regulación supervisada	Alta	1	1	0	2	4
Brasil	América del Sur	Derecho civil	División de poderes	Auto-regulación supervisada	Media-alta	0	0	0	1	1
Etiopía	África	Derecho civil	Junta única multidisciplinar paraguas	Auto-regulación supervisada	Baja	1	0	0	0	1
India	Asia	Derecho consuetudinario	División de poderes	Auto-regulación delegada	Media-baja	0	0	0	0	0
Irán	Oriente medio	Derecho Islámico	Junta única	Auto-regulación delegada	Media-alta	0	0	0	1	1
Jamaica	Caribe	Derecho consuetudinario	Junta única	Auto-regulación delegada	Media-baja	1	0	0	1	2
Jordania	Oriente medio	Mixto c consuetudinario-islámico	Junta única	Auto-regulación delegada	Media-alta	0	0	0	1	1
Kamataka	Asia	Derecho	División de poderes consuetudinario	Auto-regulación delegada	Media-baja	0	0	0	0	0
Nueva Brunswick	América del Norte	Derecho consuetudinario	Junta única	Auto-regulación pura	Alta	0	0	0	0	0
Nueva Zelanda	Pacífico Sur	Derecho consuetudinario	Multidisciplinar con Juntas individuales	Auto-regulación supervisada	Alta	1	0	1	1	3
Noruega	Europa	Mixto civil-consuetudinario	Unidad reguladora	Gubernamental	Alta	0	0	0	0	0
Ruanda	África	Mixto civil-consuetudinario	Junta única	Auto-regulación supervisada	Baja	0	1	0	0	1
España	Europa	Derecho civil	Junta única	Auto-regulación delegada	Alta	0	0	0	0	0
Taiwán	Asia	Derecho civil	Unidad reguladora	Gubernamental	Alta	0	0	0	0	0

Jurisdicción	Región geográfica	Tradición Jurídica	Planteamiento Administrativo	Modelo regulatorio	Situación económica	Coutas de servicio	Multas	Becas, regalos y donaciones	Asignaciones del gobierno	Inversiones	Fuentes no especificadas	Fuentes de ingresos del consejo
Australia	Pacífico Sur	Derecho consuetudinario	Multi-D con Juntas individuales y servicios compartidos	Auto-regulación supervisada	Alta	1	1	2	2	1	0	7
Brasil	América del Sur	Derecho civil	División de poderes	Auto-regulación supervisada	Media-alta	5	1	2	2	0	1	11
Etiopía	África	Derecho civil	Junta única multidisciplinar paraguas	Auto-regulación supervisada	Baja	0	0	0	0	0	0	0
India	Asia	Derecho consuetudinario	División de poderes	Auto-regulación delegada	Media-baja	0	0	0	0	0	0	0
Irán	Oriente medio	Derecho Islámico	Junta única	Auto-regulación delegada	Media-alta	1	0	1	0	0	0	2
Jamaica	Caribe	Derecho consuetudinario	Junta única	Auto-regulación delegada	Media-baja	1	1	1	1	0	1	5
Jordania	Oriente medio	Mixto consuetudinario-islámico	Junta única	Auto-regulación delegada	Media-alta	2	0	2	1	0	0	5
Karnataka	Asia	Derecho consuetudinario	División de poderes	Auto-regulación delegada	Media-baja	0	0	0	0	0	0	0
Nueva Brunswick	América del Norte	Derecho consuetudinario	Junta única	Auto-regulación pura	Alta	0	0	0	0	0	0	0
Nueva Zelanda	Pacífico Sur	Derecho consuetudinario	Multidisciplinar con juntas individuales	Auto-regulación supervisada	Alta	5	1	0	0	0	0	6
Noruega	Europa	Mixto civil-consuetudinario	Unidad reguladora	Gubernamental	Alta	0	0	0	0	0	0	0
Ruanda	África	Mixto civil-consuetudinario	Junta única	Auto-regulación supervisada	Baja	1	0	1	1	0	0	3
España	Europa	Derecho civil	Junta única	Auto-regulación delegada	Alta	0	0	0	0	0	0	0
Taiwán	Asia	Derecho civil	Unidad reguladora	Gubernamental	Alta	0	0	0	0	0	0	0

Jurisdicción	Región geográfica	Tradición Jurídica	Planteamiento Administrativo	Modelo regulatorio	Situación económica	Ampliación del mandato	Mandato máximo	Renovación de mandato	Mandato del consejo
Australia	Pacífico Sur	Derecho consuetudinario	Multi-D con Juntas individuales y servicios compartidos	Auto-regulación supervisada	Alta	3	1	1	5
Brasil	América del Sur	Derecho civil	División de poderes	Auto-regulación supervisada	Media-alta	0	2	1	3
Etiopía	África	Derecho civil	Junta única multidisciplinar paraguas	Auto-regulación supervisada	Baja	0	1	0	1
India	Asia	Derecho consuetudinario	División de poderes	Auto-regulación delegada	Media-baja	1	1	0	2
Irán	Oriente medio	Derecho Islámico	Junta única	Auto-regulación delegada	Media-alta	0	1	1	2
Jamaica	Caribe	Derecho consuetudinario	Junta única	Auto-regulación delegada	Media-baja	0	1	1	2
Jordania	Oriente medio	Mixto consuetudinario-islámico	Junta única	Auto-regulación delegada	Media-alta	0	1	0	1
Karnataka	Asia	Derecho consuetudinario	División de poderes	Auto-regulación delegada	Media-baja	1	1	0	2
Nueva Brunswick	América del Norte	Derecho consuetudinario	Junta única	Auto-regulación pura	Alta	0	0	0	0
Nueva Zelanda	Pacífico Sur	Derecho consuetudinario	Multidisciplinar con juntas individuales	Auto-regulación supervisada	Alta	0	1	1	2
Noruega	Europa	Mixto civil-consuetudinario	Unidad reguladora	Gubernamental	Alta	0	0	0	0
Ruanda	África	Mixto civil-consuetudinario	Junta única	Auto-regulación supervisada	Baja	0	1	1	2
España	Europa	Derecho civil	Junta única	Auto-regulación delegada	Alta	0	0	1	1
Taiwán	Asia	Derecho civil	Unidad reguladora	Gubernamental	Alta	0	0	0	0

Jurisdicción	Región geográfica	Tradición Jurídica	Planteamiento Administrativo	Modelo regulatorio	Situación económica	Planteamiento basado en la cobertura	Ubicación mencionada	Ubicación del Consejo
Australia	Pacífico Sur	Derecho consuetudinario	Multi-D con Juntas individuales y servicios compartidos	Auto-regulación supervisada	Alta	1	0	1
Brasil	América del Sur	Derecho civil	División de poderes	Auto-regulación supervisada	Media-alta	1	1	2
Etiopía	África	Derecho civil	Junta única multidisciplinar paraguas	Auto-regulación supervisada	Baja	0	0	0
India	Asia	Derecho consuetudinario	División de poderes	Auto-regulación delegada	Media-baja	0	0	0
Irán	Oriente medio	Derecho Islámico	Junta única	Auto-regulación delegada	Media-alta	1	1	2
Jamaica	Caribe	Derecho consuetudinario	Junta única	Auto-regulación delegada	Media-baja	0	0	0
Jordania	Oriente medio	Mixto consuetudinario-islámico	Junta única	Auto-regulación delegada	Media-alta	1	1	2
Karnataka	Asia	Derecho consuetudinario	División de poderes	Auto-regulación delegada	Media-baja	0	0	0
Nueva Brunswick	América del Norte	Derecho consuetudinario	Junta única	Auto-regulación pura	Alta	0	0	0
Nueva Zelanda	Pacífico Sur	Derecho consuetudinario	Multidisciplinar con juntas individuales	Auto-regulación supervisada	Alta	0	0	0
Noruega	Europa	Mixto civil-consuetudinario	Unidad reguladora	Gubernamental	Alta	0	0	0
Ruanda	África	Mixto civil-consuetudinario	Junta única	Auto-regulación supervisada	Baja	0	1	1
España	Europa	Derecho civil	Junta única	Auto-regulación delegada	Alta	0	0	0
Taiwán	Asia	Derecho civil	Unidad reguladora	Gubernamental	Alta	0	0	0

Jurisdicción	Región geográfica	Tradición Jurídica	Planteamiento Administrativo	Modelo regulatorio	Situación económica	Composición de los miembros	Mayoría simple presente	Número específico de los miembros	Proporción de miembros especificada	Quorúm del Consejo
Australia	Pacífico Sur	Derecho consuetudinario	Multi-D con Juntas individuales y servicios compartidos	Auto-regulación supervisada	Alta	1	1	0	0	2
Brasil	América del Sur	Derecho civil	División de poderes	Auto-regulación supervisada	Media-alta	0	0	0	0	0
Etiopía	África	Derecho civil	Junta única multidisciplinar paraguas	Auto-regulación supervisada	Baja	0	1	0	0	1
India	Asia	Derecho consuetudinario	División de poderes	Auto-regulación delegada	Media-baja	0	0	1	0	1
Irán	Oriente medio	Derecho Islámico	Junta única	Auto-regulación delegada	Media-alta	0	0	0	1	1
Jamaica	Caribe	Derecho consuetudinario	Junta única	Auto-regulación delegada	Media-baja	0	0	1	0	1
Jordania	Oriente medio	Mixto consuetudinario-islámico	Junta única	Auto-regulación delegada	Media-alta	1	1	0	0	2
Karnataka	Asia	Derecho consuetudinario	División de poderes	Auto-regulación delegada	Media-baja	0	0	0	0	0
Nueva Brunswick	América del Norte	Derecho consuetudinario	Junta única	Auto-regulación pura	Alta	0	0	0	0	0
Nueva Zelanda	Pacífico Sur	Derecho consuetudinario	Multidisciplinar con juntas individuales	Auto-regulación supervisada	Alta	1	0	1	0	2
Noruega	Europa	Mixto civil-consuetudinario	Unidad reguladora	Gubernamental	Alta	0	0	0	0	0
Ruanda	África	Mixto civil-consuetudinario	Junta única	Auto-regulación supervisada	Baja	0	0	0	1	1
España	Europa	Derecho civil	Junta única	Auto-regulación delegada	Alta	0	0	0	0	0
Taiwán	Asia	Derecho civil	Unidad reguladora	Gubernamental	Alta	0	0	0	0	0

Jurisdicción	Región geográfica	Tradición Jurídica	Planteamiento Administrativo	Modelo regulatorio	Situación económica	Reglas operativas
Australia	Pacífico Sur	Derecho consuetudinario	Multi-D con Juntas individuales y servicios compartidos	Auto-regulación supervisada	Alta	474
Brasil	América del Sur	Derecho civil	División de poderes	Auto-regulación supervisada	Media-alta	12
Etiopía	África	Derecho civil	Junta única multidisciplinar paraguas	Auto-regulación supervisada	Baja	2
India	Asia	Derecho consuetudinario	División de poderes	Auto-regulación delegada	Media-baja	19
Irán	Oriente medio	Derecho Islámico	Junta única	Auto-regulación delegada	Media-alta	23
Jamaica	Caribe	Derecho consuetudinario	Junta única	Auto-regulación delegada	Media-baja	37
Jordania	Oriente medio	Mixto consuetudinario-islámico	Junta única	Auto-regulación delegada	Media-alta	7
Karnataka	Asia	Derecho consuetudinario	División de poderes	Auto-regulación delegada	Media-baja	33
Nueva Brunswick	América del Norte	Derecho consuetudinario	Junta única	Auto-regulación pura	Alta	63
Nueva Zelanda	Pacífico Sur	Derecho consuetudinario	Multidisciplinar con juntas individuales	Auto-regulación supervisada	Alta	298
Noruega	Europa	Mixto civil-consuetudinario	Unidad reguladora	Gubernamental	Alta	10
Ruanda	África	Mixto civil-consuetudinario	Junta única	Auto-regulación supervisada	Baja	23
España	Europa	Derecho civil	Junta única	Auto-regulación delegada	Alta	21
Taiwán	Asia	Derecho civil	Unidad reguladora	Gubernamental	Alta	7

Jurisdicción	Región geográfica	Tradición Jurídica	Planteamiento Administrativo	Modelo regulatorio	Situación económica	Obtención de información	Monitorización y revisión	Confirmación de personas designadas	Concesión de fondos	Dirección y asesoramiento	Áreas de necesidades designadas	Aprobación de estatutos y directrices	Facultades del Ministro o Autoridad Supervisión
Australia	Pacífico Sur	Derecho consuetudinario	Multi-D con Juntas individuales y servicios compartidos	Auto-regulación supervisada	Alta	1	0	4	0	4	2	6	17
Brasil	América del Sur	Derecho civil	División de poderes	Auto-regulación supervisada	Media-alta	0	1	1	0	1	0	1	4
Etiopía	África	Derecho civil	Junta única multidisciplinar paraguas	Auto-regulación supervisada	Baja	0	1	0	0	0	0	0	1
India	Asia	Derecho consuetudinario	División de poderes	Auto-regulación delegada	Media-baja	0	0	2	0	0	0	3	5
Irán	Oriente medio	Derecho Islámico	Junta única	Auto-regulación delegada	Media-alta	0	0	0	0	0	0	0	0
Jamaica	Caribe	Derecho consuetudinario	Junta única	Auto-regulación delegada	Media-baja	0	2	1	0	1	0	2	6
Jordania	Oriente medio	Mixto consuetudinario -islámico	Junta única	Auto-regulación delegada	Media-alta	0	0	0	0	0	0	0	0
Karnataka	Asia	Derecho consuetudinario	División de poderes	Auto-regulación delegada	Media-baja	0	0	2	0	1	0	3	6
Nueva Brunswick	América del Norte	Derecho consuetudinario	Junta única	Auto-regulación pura	Alta	0	2	0	0	0	0	1	3
Nueva Zelanda	Pacífico Sur	Derecho consuetudinario	Multidisciplinar con juntas individuales	Auto-regulación supervisada	Alta	3	4	3	1	2	3	2	18
Noruega	Europa	Mixto civil-consuetudinario	Unidad reguladora	Guberna-mental	Alta	2	0	0	0	6	0	3	11
Ruanda	África	Mixto civil-consuetudinario	Junta única	Auto-regulación supervisada	Baja	0	2	3	0	0	0	2	7
España	Europa	Derecho civil	Junta única	Auto-regulación delegada	Alta	0	0	0	0	0	0	0	0
Taiwán	Asia	Derecho civil	Unidad reguladora	Guberna-mental	Alta	0	0	0	0	0	0	1	1

Jurisdicción	Región geográfica	Tradición Jurídica	Planteamiento Administrativo	Modelo regulatorio	Situación económica	Establecimiento	Presidencia	Representación	Facultades del presidente
Australia	Pacífico Sur	Derecho consuetudinario	Multi-D con Juntas individuales y servicios compartidos	Auto-regulación supervisada	Alta	0	0	0	0
Brasil	América del Sur	Derecho civil	División de poderes	Auto-regulación supervisada	Media-alta	0	0	0	0
Etiopía	África	Derecho civil	Junta única multidisciplinar paraguas	Auto-regulación supervisada	Baja	0	0	0	0
India	Asia	Derecho consuetudinario	División de poderes	Auto-regulación delegada	Media-baja	1	0	0	1
Irán	Oriente medio	Derecho Islámico	Junta única	Auto-regulación delegada	Media-alta	1	4	1	6
Jamaica	Caribe	Derecho consuetudinario	Junta única	Auto-regulación delegada	Media-baja	0	1	0	1
Jordania	Oriente medio	Mixto consuetudinario-islámico	Junta única	Auto-regulación delegada	Media-alta	0	0	1	1
Karnataka	Asia	Derecho consuetudinario	División de poderes	Auto-regulación delegada	Media-baja	0	0	0	0
Nueva Brunswick	América del Norte	Derecho consuetudinario	Junta única	Auto-regulación pura	Alta	0	0	0	0
Nueva Zelanda	Pacífico Sur	Derecho consuetudinario	Multidisciplinar con juntas individuales	Auto-regulación supervisada	Alta	0	1	0	1
Noruega	Europa	Mixto civil-consuetudinario	Unidad reguladora	Gubernamental	Alta	0	0	0	0
Ruanda	África	Mixto civil-consuetudinario	Junta única	Auto-regulación supervisada	Baja	0	0	0	0
España	Europa	Derecho civil	Junta única	Auto-regulación delegada	Alta	0	1	0	1
Taiwán	Asia	Derecho civil	Unidad reguladora	Gubernamental	Alta	0	0	0	0

Jurisdicción	Región geográfica	Tradición Jurídica	Planteamiento Administrativo	Modelo regulatorio	Situación económica	Cumplimiento de responsabilidades delegadas	De gestión	Facultades del Registrar (Encargado del Registro)
Australia	Pacífico Sur	Derecho consuetudinario	Multi-D con Juntas individuales y servicios compartidos	Auto-regulación supervisada	Alta	1	12	13
Brasil	América del Sur	Derecho civil	División de poderes supervisada	Auto-regulación	Media-alta	0	1	1
Etiopía	África	Derecho civil	Junta única multidisciplinar paraguas	Auto-regulación supervisada	Baja	0	1	1
India	Asia	Derecho consuetudinario	División de poderes	Auto-regulación delegada	Media-baja	0	4	4
Irán	Oriente medio	Derecho Islámico	Junta única	Auto-regulación delegada	Media-alta	0	1	1
Jamaica	Caribe	Derecho consuetudinario	Junta única	Auto-regulación delegada	Media-baja	0	6	6
Jordania	Oriente medio	Mixto consuetudinario-islámico	Junta única	Auto-regulación delegada	Media-alta	3	6	9
Karnataka	Asia	Derecho consuetudinario	División de poderes	Auto-regulación delegada	Media-baja	0	2	2
Nueva Brunswick	América del Norte	Derecho consuetudinario	Junta única	Auto-regulación pura	Alta	0	16	16
Nueva Zelanda	Pacífico Sur	Derecho consuetudinario	Multidisciplinar con juntas individuales	Auto-regulación supervisada	Alta	1	12	13
Noruega	Europa	Mixto civil-consuetudinario	Unidad reguladora	Gubernamental	Alta	0	0	0
Ruanda	África	Mixto civil-consuetudinario	Junta única	Auto-regulación supervisada	Baja	0	7	7
España	Europa	Derecho civil	Junta única	Auto-regulación delegada	Alta	0	0	0
Taiwán	Asia	Derecho civil	Unidad reguladora	Gubernamental	Alta	0	1	1

Jurisdicción	Región geográfica	Tradición Jurídica	Planteamiento Administrativo	Modelo regulatorio	Situación económica	Acuerdos multi y bilaterales especificados	Disposiciones generales para desarrollar el acuerdo	Reconocimiento mutuo
Australia	Pacífico Sur	Derecho consuetudinario	Multi-D con Juntas individuales y servicios compartidos	Auto-regulación supervisada	Alta	1	0	1
Brasil	América del Sur	Derecho civil	División de poderes	Auto-regulación supervisada	Media-alta	0	0	0
Etiopía	África	Derecho civil	Junta única multidisciplinar paraguas	Auto-regulación supervisada	Baja	0	0	0
India	Asia	Derecho consuetudinario	División de poderes	Auto-regulación delegada	Media-baja	0	2	2
Irán	Oriente medio	Derecho Islámico	Junta única	Auto-regulación delegada	Media-alta	0	0	0
Jamaica	Caribe	Derecho consuetudinario	Junta única	Auto-regulación delegada	Media-baja	0	0	0
Jordania	Oriente medio	Mixto consuetudinario-islámico	Junta única	Auto-regulación delegada	Media-alta	0	0	0
Karnataka	Asia	Derecho consuetudinario	División de poderes	Auto-regulación delegada	Media-baja	0	1	1
Nueva Brunswick	América del Norte	Derecho consuetudinario	Junta única	Auto-regulación pura	Alta	0	0	0
Nueva Zelanda	Pacífico Sur	Derecho consuetudinario	Multidisciplinar con juntas individuales	Auto-regulación supervisada	Alta	1	1	2
Noruega	Europa	Mixto civil-consuetudinario	Unidad reguladora	Gubernamental	Alta	1	1	2
Ruanda	África	Mixto civil-consuetudinario	Junta única	Auto-regulación supervisada	Baja	0	0	0
España	Europa	Derecho civil	Junta única	Auto-regulación delegada	Alta	0	0	0
Taiwán	Asia	Derecho civil	Unidad reguladora	Gubernamental	Alta	0	0	0

Jurisdicción	Región geográfica	Tradición Jurídica	Planteamiento Administrativo	Modelo regulatorio	Situación económica	Reglas operativas
Australia	Pacífico Sur	Derecho consuetudinario	Multi-D con Juntas individuales y servicios compartidos	Auto-regulación supervisada	Alta	6
Brasil	América del Sur	Derecho civil	División de poderes	Auto-regulación supervisada	Media-alta	2
Etiopía	África	Derecho civil	Junta única multidisciplinar paraguas	Auto-regulación supervisada	Baja	1
India	Asia	Derecho consuetudinario	División de poderes	Auto-regulación delegada	Media-baja	0
Irán	Oriente medio	Derecho Islámico	Junta única	Auto-regulación delegada	Media-alta	1
Jamaica	Caribe	Derecho consuetudinario	Junta única	Auto-regulación delegada	Media-baja	0
Jordania	Oriente medio	Mixto consuetudinario-islámico	Junta única	Auto-regulación delegada	Media-alta	0
Karnataka	Asia	Derecho consuetudinario	División de poderes	Auto-regulación delegada	Media-baja	1
Nueva Brunswick	América del Norte	Derecho consuetudinario	Junta única	Auto-regulación pura	Alta	1
Nueva Zelanda	Pacífico Sur	Derecho consuetudinario	Multidisciplinar con juntas individuales	Auto-regulación supervisada	Alta	6
Noruega	Europa	Mixto civil-consuetudinario	Unidad reguladora	Gubernamental	Alta	3
Ruanda	África	Mixto civil-consuetudinario	Junta única	Auto-regulación supervisada	Baja	1
España	Europa	Derecho civil	Junta única	Auto-regulación delegada	Alta	2
Taiwán	Asia	Derecho civil	Unidad reguladora	Gubernamental	Alta	0

Jurisdicción	Región geográfica	Tradición Jurídica	Planteamiento Administrativo	Modelo regulatorio	Situación económica	Entrada en vigor
Australia	Pacífico Sur	Derecho consuetudinario	Multi-D con Juntas individuales y servicios compartidos	Auto-regulación supervisada	Alta	0
Brasil	América del Sur	Derecho civil	División de poderes	Auto-regulación supervisada	Media-alta	1
Etiopía	África	Derecho civil	Junta única multidisciplinar paraguas	Auto-regulación supervisada	Baja	1
India	Asia	Derecho consuetudinario	División de poderes	Auto-regulación delegada	Media-baja	0
Irán	Oriente medio	Derecho Islámico	Junta única	Auto-regulación delegada	Media-alta	1
Jamaica	Caribe	Derecho consuetudinario	Junta única	Auto-regulación delegada	Media-baja	0
Jordania	Oriente medio	Mixto consuetudinario-islámico	Junta única	Auto-regulación delegada	Media-alta	1
Karnataka	Asia	Derecho consuetudinario	División de poderes	Auto-regulación delegada	Media-baja	1
Nueva Brunswick	América del Norte	Derecho consuetudinario	Junta única	Auto-regulación pura	Alta	1
Nueva Zelanda	Pacífico Sur	Derecho consuetudinario	Multidisciplinar con juntas individuales	Auto-regulación supervisada	Alta	1
Noruega	Europa	Mixto civil-consuetudinario	Unidad reguladora	Gubernamental	Alta	1
Ruanda	África	Mixto civil-consuetudinario	Junta única	Auto-regulación supervisada	Baja	0
España	Europa	Derecho civil	Junta única	Auto-regulación delegada	Alta	1
Taiwán	Asia	Derecho civil	Unidad reguladora	Gubernamental	Alta	0

Jurisdicción	Región geográfica	Tradición Jurídica	Planteamiento Administrativo	Modelo regulatorio	Situación económica	Acreditación	Administrativo y de gestión	Avance de la profesión	Advice to Gubernamental	Clausula global	Habilitación para ejercer	Instrucciones de implantación	Desarrollo de estándares, estatutos, reglas y directrices	Responsabilidades y funciones
Australia	Pacífico Sur	Derecho consuetudinario	Multi-D con Juntas individuales y servicios compartidos	Auto-regulación supervisada	Alta	20	39	0	6	5	125	1	62	258
Brasil	América del Sur	Derecho civil	División de poderes	Auto-regulación supervisada	Media-alta	0	21	3	0	2	10	1	4	41
Etiopía	África	Derecho civil	Junta única multidisciplinar paraguas	Auto-regulación supervisada	Baja	0	2	0	2	1	14	0	0	19
India	Asia	Derecho consuetudinario	División de poderes	Auto-regulación delegada	Media-baja	14	9	0	0	1	8	0	3	35
Irán	Oriente medio	Derecho Islámico	Junta única	Auto-regulación delegada	Media-alta	2	13	11	1	0	13	0	5	45
Jamaica	Caribe	Derecho consuetudinario	Junta única	Auto-regulación delegada	Media-baja	2	5	0		1	24	0	4	36
Jordania	Oriente medio	Mixto consuetudinario -islámico	Junta única	Auto-regulación delegada	Media-alta	2	14	9	1	0	2	0	6	34
Karnataka	Asia	Derecho consuetudinario	División de poderes	Auto-regulación delegada	Media-baja	11	8	0	0	1	23	0	7	50
Nueva Brunswick	América del Norte	Derecho consuetudinario	Junta única	Auto-regulación pura	Alta	2	17	2	0	2	17	0	13	53
Nueva Zelanda	Pacífico Sur	Derecho consuetudinario	Multidisciplinar con juntas individuales	Auto-regulación supervisada	Alta	6	10	1	0	1	63	0	127	208
Noruega	Europa	Mixto civil-consuetudinario	Unidad reguladora	Guberna-mental	Alta	0	2	0	0	0	33	0	38	73
Ruanda	África	Mixto civil-consuetudinario	Junta única	Auto-regulación supervisada	Baja	1	8	6	3	0	12	0	1	31
España	Europa	Derecho civil	Junta única	Auto-regulación delegada	Alta	0	16	14	2	2	6	1	5	46
Taiwán	Asia	Derecho civil	Unidad reguladora	Guberna-mental	Alta	4	0	0	0	0	16	0	5	25

Jurisdicción	Región geográfica	Tradición Jurídica	Planteamiento Administrativo	Modelo regulatorio	Situación económica	Aprobación institucional	Medios de acreditación	Aprobación del programa	Aprobación del entorno de práctica	Acreditación
Australia	Pacífico Sur	Derecho consuetudinario	Multi-D con Juntas individuales y servicios compartidos	Auto-regulación supervisada	Alta	2	10	8	0	20
Brasil	América del Sur	Derecho civil	División de poderes	Auto-regulación supervisada	Media-alta	0	0	0	0	0
Etiopía	África	Derecho civil	Junta única multidisciplinar paraguas	Auto-regulación supervisada	Baja	0	0	0	0	0
India	Asia	Derecho consuetudinario	División de poderes	Auto-regulación delegada	Media-baja	11	0	3	0	14
Irán	Oriente medio	Derecho Islámico	Junta única	Auto-regulación delegada	Media-alta	1	0	1	0	2
Jamaica	Caribe	Derecho consuetudinario	Junta única	Auto-regulación delegada	Media-baja	1	0	1	0	2
Jordania	Oriente medio	Mixto consuetudinario-islámico	Junta única	Auto-regulación delegada	Media-alta	0	0	1	1	2
Karnataka	Asia	Derecho consuetudinario	División de poderes	Auto-regulación delegada	Media-baja	11	0	0	0	11
Nueva Brunswick	América del Norte	Derecho consuetudinario	Junta única	Auto-regulación pura	Alta	1	0	1	0	2
Nueva Zelanda	Pacífico Sur	Derecho consuetudinario	Multidisciplinar con juntas individuales	Auto-regulación supervisada	Alta	3	0	3	0	6
Noruega	Europa	Mixto civil-consuetudinario	Unidad reguladora	Gubernamental	Alta	0	0	0	0	0
Ruanda	África	Mixto civil-consuetudinario	Junta única	Auto-regulación supervisada	Baja	0	0	1	0	1
España	Europa	Derecho civil	Junta única	Auto-regulación delegada	Alta	0	0	0	0	0
Taiwán	Asia	Derecho civil	Unidad reguladora	Gubernamental	Alta	3	0	0	1	4

Jurisdicción	Región geográfica	Tradición Jurídica	Planteamiento Administrativo	Modelo regulatorio	Situación económica	Aprobación de estatutos	Colaboración	Consulta	Control de recursos y rendición de cuentas	Responsabilidades discrecionales	Exclusiones	Designar	Supervisión de subestructuras	Facilitación de información	Cuotas establecidas	Realizar establecidas	Administrativo y de gestión
Australia	Pacífico Sur	Derecho consuetudinario	Multi-D con Juntas Individuales y servicios compartidos	Auto-regulación supervisada	Alta	0	9	3	0	1	3	3	2	13	1	4	39
Brasil	América del Sur	Derecho civil	División de poderes	Auto-regulación supervisada	Media-alta	2	0	2	5	0	0	4	6	3	1	0	21
Etiopía	África	Derecho civil	Junta única multidisciplinar paraguas	Auto-regulación supervisada	Baja	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2
India	Asia	Derecho consuetudinario	División de poderes	Auto-regulación delegada	Media-baja	0	2	0	0	1	0	4	0	0	1	1	9
Irán	Oriente medio	Derecho Islámico	Junta única	Auto-regulación delegada	Media-alta	1	4	1	1	0	0	0	2	3	1	0	13
Jamaica	Caribe	Derecho consuetudinario	Junta única	Auto-regulación delegada	Media-baja	0	0	0	2	0	0	0		1	0	0	5
Jordania	Oriente medio	Mixto consuetudinario -islámico	Junta única	Auto-regulación delegada	Media-alta	0	4	1	4	1	0	1	0	0	1	2	14
Karnataka	Asia	Derecho consuetudinario	División de poderes	Auto-regulación delegada	Media-baja	0	0	0	4	2	0	2	0	0	0	0	8
Nueva Brunswick	América del Norte	Derecho consuetudinario	Junta única	Auto-regulación pura	Alta	0	0	0	11	0	2	2	1	0	1	0	17
Nueva Zelanda	Pacífico Sur	Derecho consuetudinario	Multidisciplinar con Juntas Individuales	Auto-regulación supervisada	Alta	0	2	0	0	0	0	1	0	5	0	2	10
Noruega	Europa	Mixto civil-consuetudinario	Unidad reguladora	Gubernamental	Alta	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	2
Ruanda	África	Mixto civil-consuetudinario	Junta única	Auto-regulación supervisada	Baja	1	1	1	3	1	0	0	0	1	0	0	8
España	Europa	Derecho civil	Junta única	Auto-regulación delegada	Alta	1	5	0	5	1	0	0	2	1	1	0	16
Taiwán	Asia	Derecho civil	Unidad reguladora	Gubernamental	Alta	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Jurisdicción	Región geográfica	Tradición Jurídica	Planteamiento Administrativo	Modelo regulatorio	Situación económica	Mejora de la práctica profesional	Promover y proteger la profesión	Emprender investigación	Avance de la profesión
Australia	Pacífico Sur	Derecho consuetudinario	Multi-D con Juntas individuales y servicios compartidos	Auto-regulación supervisada	Alta	0	0	0	0
Brasil	América del Sur	Derecho civil	División de poderes	Auto-regulación supervisada	Media-alta	0	2	1	3
Etiopía	África	Derecho civil	Junta única multidisciplinar paraguas	Auto-regulación supervisada	Baja	0	0	0	0
India	Asia	Derecho consuetudinario	División de poderes	Auto-regulación delegada	Media-baja	0	0	0	0
Irán	Oriente medio	Derecho Islámico	Junta única	Auto-regulación delegada	Media-alta	4	1	2	7
Jamaica	Caribe	Derecho consuetudinario	Junta única	Auto-regulación delegada	Media-baja	0	0	0	0
Jordania	Oriente medio	Mixto consuetudinario-islámico	Junta única	Auto-regulación delegada	Media-alta	3	1	2	6
Karnataka	Asia	Derecho consuetudinario	División de poderes	Auto-regulación delegada	Media-baja	0	0	0	0
Nueva Brunswick	América del Norte	Derecho consuetudinario	Junta única	Auto-regulación pura	Alta	1	0	0	1
Nueva Zelanda	Pacífico Sur	Derecho consuetudinario	Multidisciplinar con juntas individuales	Auto-regulación supervisada	Alta	0	1	0	1
Noruega	Europa	Mixto civil-consuetudinario	Unidad reguladora	Gubernamental	Alta	0	0	0	0
Ruanda	África	Mixto civil-consuetudinario	Junta única	Auto-regulación supervisada	Baja	3	0	0	3
España	Europa	Derecho civil	Junta única	Auto-regulación delegada	Alta	6	1	0	8
Taiwán	Asia	Derecho civil	Unidad reguladora	Gubernamental	Alta	0	0	0	0

Jurisdicción	Región geográfica	Tradición Jurídica	Planteamiento Administrativo	Modelo regulatorio	Situación económica	Gestión de quejas	Carácter de conducta competente y antecedentes penales	Colegiación	Ámbito de penalizaciones	Planteamientos sobre habilitación para ejercer
Australia	Pacífico Sur	Derecho consuetudinario	Multi-D con Juntas individuales y servicios compartidos	Auto-regulación supervisada	Alta	34	14	56	21	125
Brasil	América del Sur	Derecho civil	División de poderes	Auto-regulación supervisada	Media-alta	0	2	1	7	10
Etiopía	África	Derecho civil	Junta única multidisciplinar paraguas	Auto-regulación supervisada	Baja	1	1	10	2	14
India	Asia	Derecho consuetudinario	División de poderes	Auto-regulación delegada	Media-baja	0	0	8	0	8
Irán	Oriente medio	Derecho Islámico	Junta única	Auto-regulación delegada	Media-alta	2	4	5	2	13
Jamaica	Caribe	Derecho consuetudinario	Junta única	Auto-regulación delegada	Media-baja	0	6	7	11	24
Jordania	Oriente medio	Mixto consuetudinario-islámico	Junta única	Auto-regulación delegada	Media-alta	0	0	2	0	2
Karnataka	Asia	Derecho consuetudinario	División de poderes	Auto-regulación delegada	Media-baja	1	1	12	9	23
Nueva Brunswick	América del Norte	Derecho consuetudinario	Junta única	Auto-regulación pura	Alta	1	3	1	12	17
Nueva Zelanda	Pacífico Sur	Derecho consuetudinario	Multidisciplinar con juntas individuales	Auto-regulación supervisada	Alta	5	5	36	17	63
Noruega	Europa	Mixto civil-consuetudinario	Unidad reguladora	Gubernamental	Alta	0	7	18	8	33
Ruanda	África	Mixto civil-consuetudinario	Junta única	Auto-regulación supervisada	Baja	1	3	5	3	12
España	Europa	Derecho civil	Junta única	Auto-regulación delegada	Alta	0	0	3	3	6
Taiwán	Asia	Derecho civil	Unidad reguladora	Gubernamental	Alta	0	5	7	4	16

Jurisdicción	Región geográfica	Tradición Jurídica	Planteamiento Administrativo	Modelo regulatorio	Situación económica	Apelaciones	Evaluación e investigación	Establecimiento de paneles y tribunales	Notificación de decisiones	Recepción de quejas	Gestión de quejas
Australia	Pacífico Sur	Derecho consuetudinario	Multi-D con Juntas individuales y servicios compartidos	Auto-regulación supervisada	Alta	2	9	16	5	2	34
Brasil	América del Sur	Derecho civil	División de poderes	Auto-regulación supervisada	Media-alta	0	0	0	0	0	0
Etiopía	África	Derecho civil	Junta única multidisciplinar paraguas	Auto-regulación supervisada	Baja	0	1	0	0	0	1
India	Asia	Derecho consuetudinario	División de poderes	Auto-regulación delegada	Media-baja	0	0	0	0	0	0
Irán	Oriente medio	Derecho Islámico	Junta única	Auto-regulación delegada	Media-alta	0	1	1	0	0	2
Jamaica	Caribe	Derecho consuetudinario	Junta única	Auto-regulación delegada	Media-baja	0	0	0	0	0	0
Jordania	Oriente medio	Mixto consuetudinario-Islámico	Junta única	Auto-regulación delegada	Media-alta	0	0	0	0	0	0
Karnataka	Asia	Derecho consuetudinario	División de poderes	Auto-regulación delegada	Media-baja	1	0	0	0	0	1
Nueva Brunswick	América del Norte	Derecho consuetudinario	Junta única	Auto-regulación pura	Alta	1	0	0	0	0	1
Nueva Zelanda	Pacífico Sur	Derecho consuetudinario	Multidisciplinar con juntas individuales	Auto-regulación supervisada	Alta	0	4	1	0	0	5
Noruega	Europa	Mixto civil-consuetudinario	Unidad reguladora	Gubernamental	Alta	0	0	0	0	0	0
Ruanda	África	Mixto civil-consuetudinario	Junta única	Auto-regulación supervisada	Baja	0	1	0	0	0	1
España	Europa	Derecho civil	Junta única	Auto-regulación delegada	Alta	0	0	0	0	0	0
Taiwán	Asia	Derecho civil	Unidad reguladora	Gubernamental	Alta	0	0	0	0	0	0

Jurisdicción	Región geográfica	Tradición Jurídica	Planteamiento Administrativo	Modelo regulatorio	Situación económica	Cuestión penal	Cuestión de la salud	Desarrollo profesional	Carácter de conducta competente ante-cedentes penales
Australia	Pacífico Sur	Derecho consuetudinario	Multi-D con Juntas individuales y servicios compartidos	Auto-regulación supervisada	Alta	5	3	6	14
Brasil	América del Sur	Derecho civil	División de poderes	Auto-regulación supervisada	Media-alta	0	0	2	2
Etiopía	África	Derecho civil	Junta única multidisciplinar paraguas	Auto-regulación supervisada	Baja	0	0	1	1
India	Asia	Derecho consuetudinario	División de poderes	Auto-regulación delegada	Media-baja	0	0	0	0
Irán	Oriente medio	Derecho Islámico	Junta única	Auto-regulación delegada	Media-alta	3	0	1	4
Jamaica	Caribe	Derecho consuetudinario	Junta única	Auto-regulación delegada	Media-baja	2	1	3	6
Jordania	Oriente medio	Mixto consuetudinario-islámico	Junta única	Auto-regulación delegada	Media-alta	0	0	0	0
Karnataka	Asia	Derecho consuetudinario	División de poderes	Auto-regulación delegada	Media-baja	1	0	0	1
Nueva Brunswick	América del Norte	Derecho consuetudinario	Junta única	Auto-regulación pura	Alta	0	1	2	3
Nueva Zelanda	Pacífico Sur	Derecho consuetudinario	Multidisciplinar con juntas individuales	Auto-regulación supervisada	Alta	0	0	5	5
Noruega	Europa	Mixto civil-consuetudinario	Unidad reguladora	Gubernamental	Alta	0	0	7	7
Ruanda	África	Mixto civil-consuetudinario	Junta única	Auto-regulación supervisada	Baja	1	0	2	3
España	Europa	Derecho civil	Junta única	Auto-regulación delegada	Alta	0	0	0	0
Taiwán	Asia	Derecho civil	Unidad reguladora	Gubernamental	Alta	1	1	3	5

Jurisdicción	Región geográfica	Tradición Jurídica	Planteamiento Administrativo	Modelo regulatorio	Situación económica	Adaptación	Reconocimiento de la práctica avanzada	Condiciones de colegiación inicial	Renovación de la colegiación	Colegiación temporal	Colegiación
Australia	Pacífico Sur	Derecho consuetudinario	Multi-D con Juntas individuales y servicios compartidos	Auto-regulación supervisada	Alta	2	21	19	11	3	56
Brasil	América del Sur	Derecho civil	División de poderes	Auto-regulación supervisada	Media-alta	0	0	0	1	0	1
Etiopía	África	Derecho civil	Junta única multidisciplinar paraguas	Auto-regulación supervisada	Baja	0	0	7	0	3	10
India	Asia	Derecho consuetudinario	División de poderes	Auto-regulación delegada	Media-baja	0	1	5	0	2	8
Irán	Oriente medio	Derecho Islámico	Junta única	Auto-regulación delegada	Media-alta	0	0	4	1	0	5
Jamaica	Caribe	Derecho consuetudinario	Junta única	Auto-regulación delegada	Media-baja	0	0	5	2	0	7
Jordania	Oriente medio	Mixto consuetudinario-islámico	Junta única	Auto-regulación delegada	Media-alta	0	1	0	1	0	2
Karnataka	Asia	Derecho consuetudinario	División de poderes	Auto-regulación delegada	Media-baja	0	0	8	4	0	12
Nueva Brunswick	América del Norte	Derecho consuetudinario	Junta única	Auto-regulación pura	Alta	0	0	1	0	0	1
Nueva Zelanda	Pacífico Sur	Derecho consuetudinario	Multidisciplinar con juntas individuales	Auto-regulación supervisada	Alta	0	2	15	19	0	36
Noruega	Europa	Mixto civil-consuetudinario	Unidad reguladora	Gubernamental	Alta	1	0	12	4	1	18
Ruanda	África	Mixto civil-consuetudinario	Junta única	Auto-regulación supervisada	Baja	0	3	1	0	1	5
España	Europa	Derecho civil	Junta única	Auto-regulación delegada	Alta	0	0	3	0	0	3
Taiwán	Asia	Derecho civil	Unidad reguladora	Gubernamental	Alta	0	1	5	1	0	7

Jurisdicción	Región geográfica	Tradición Jurídica	Planteamiento Administrativo	Modelo regulatorio	Situación económica	Aprobación	Equivalencia	Evaluación e investigación	Persona habilitada	Colegiación inicial	Colegiación limitada	Reconocimiento de la práctica avanzada
Australia	Pacífico Sur	Derecho consuetudinario	Multi-D con Juntas individuales y servicios compartidos	Auto-regulación supervisada	Alta	5	2	3	1	2	5	21
Brasil	América del Sur	Derecho civil	División de poderes	Auto-regulación supervisada	Media-alta	0	0	0	0	0	0	0
Etiopía	África	Derecho civil	Junta única multidisciplinar paraguas	Auto-regulación supervisada	Baja	0	0	0	0	0	0	0
India	Asia	Derecho consuetudinario	División de poderes	Auto-regulación delegada	Media-baja	0	0	0	0	0	0	1
Irán	Oriente medio	Derecho Islámico	Junta única	Auto-regulación delegada	Media-alta	0	0	0	0	0	0	0
Jamaica	Caribe	Derecho consuetudinario	Junta única	Auto-regulación delegada	Media-baja	0	0	0	0	0	0	0
Jordania	Oriente medio	Mixto consuetudinario –islámico	Junta única	Auto-regulación delegada	Media-alta	0	0	0	0	0	0	1
Karnataka	Asia	Derecho consuetudinario	División de poderes	Auto-regulación delegada	Media-baja	0	0	0	0	0	0	0
Nueva Brunswick	América del Norte	Derecho consuetudinario	Junta única	Auto-regulación pura	Alta	1	0	0	0	0	0	2
Nueva Zelanda	Pacífico Sur	Derecho consuetudinario	Multidisciplinar con juntas individuales	Auto-regulación supervisada	Alta	0	0	0	0	0	0	0
Noruega	Europa consuetudinario	Mixto civil-consuetudinario	Unidad reguladora	Gubernamental	Alta	0	0	0	0	0	0	3
Ruanda	África	Mixto civil-consuetudinario	Junta única	Auto-regulación supervisada	Baja	0	0	0	0	0	0	0
España	Europa	Derecho civil	Junta única	Auto-regulación delegada	Alta	0	0	0	0	0	0	1
Taiwán	Asia	Derecho civil	Unidad reguladora	Gubernamental	Alta	0	1	1	0	0	0	1

Jurisdicción	Región geográfica	Tradición Jurídica	Planteamiento Administrativo	Modelo regulatorio	Situación económica	Cualificaciones de acceso	Examen de colegiación	Persona habilitada	Seguro profesional	Competencia lingüística	Culminación de la práctica	Culminación del programa	Cuota de colegiación y formulario establecido	Condiciones de colegiación inicial
Australia	Pacífico Sur	Derecho consuetudinario	Multi-D con Juntas individuales y servicios compartidos	Auto-regulación supervisada	Alta	0	5	3	1	5	1	2	2	19
Brasil	América del Sur	Derecho civil	División de poderes	Auto-regulación supervisada	Media-alta	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Etiopía	África	Derecho civil	Junta única multidisciplinar paraguas	Auto-regulación supervisada	Baja	0	2	0	0	0	3	1	1	7
India	Asia	Derecho consuetudinario	División de poderes	Auto-regulación delegada	Media-baja	1	1	0	0	0	0	3	0	5
Irán	Oriente medio	Derecho Islámico	Junta única	Auto-regulación delegada	Media-alta	2	0	0	0	0	0	1	1	4
Jamaica	Caribe	Derecho consuetudinario	Junta única	Auto-regulación delegada	Media-baja	1	1	1	0	0	1	0	1	5
Jordania consuetudinario	Oriente medio	Mixto -islámico	Junta única regulación	Auto-regulación delegada	Media-alta	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Karnataka	Asia	Derecho consuetudinario	División de poderes	Auto-regulación delegada	Media-baja	1	1	1	0	0	1	1	3	8
Nueva Brunswick	América del Norte	Derecho consuetudinario	Junta única	Auto-regulación pura	Alta	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Nueva Zelanda	Pacífico Sur	Derecho consuetudinario	Multidisciplinar con juntas individuales	Auto-regulación supervisada	Alta	4	1	2	0	0	4	4	0	15
Noruega	Europa	Mixto civil-consuetudinario	Unidad reguladora	Guberna-mental	Alta	2	3	2	0	0	4	1	0	12
Ruanda	África	Mixto civil-consuetudinario	Junta única	Auto-regulación supervisada	Baja	0	0	0	0	0	0	0	1	1
España	Europa	Derecho civil	Junta única	Auto-regulación delegada	Alta	1	0	0	0	0	0	1	1	3
Taiwán	Asia	Derecho civil	Unidad reguladora	Guberna-mental	Alta	0	1	0	0	0	1	0	3	5

Jurisdicción	Región geográfica	Tradicción Jurídica	Planteamiento Administrativo	Modelo regulatorio	Situación económica	Competencia continuada	Formación continuada	Libre de restricciones	Habilitación para ejercer	Práctica reciente	Re-examen	Solicitud y tramitación de la re-colegiación	Renovación de la colegiación
Australia	Pacífico Sur	Derecho consuetudinario	Multi-D con Juntas individuales y servicios compartidos	Auto-regulación supervisada	Alta	0	3	3	2	2	0	1	11
Brasil	América del Sur	Derecho civil	División de poderes	Auto-regulación supervisada	Media-alta	0	0	0	0	0	0	1	1
Etiopía	África	Derecho civil	Junta única multidisciplinar paraguas	Auto-regulación supervisada	Baja	0	0	0	1	0	1	1	3
India	Asia	Derecho consuetudinario	División de poderes	Auto-regulación delegada	Media-baja	0	0	0	0	0	0	0	0
Irán	Oriente medio	Derecho Islámico	Junta única	Auto-regulación delegada	Media-alta	1	0	0	0	0	0	0	1
Jamaica	Caribe	Derecho consuetudinario	Junta única	Auto-regulación delegada	Media-baja	0	0	0	0	0	0	2	2
Jordania	Oriente medio consuetudinario	Mixto -islámico	Junta única	Auto-regulación delegada	Media-alta	1	0	0	0	0	0	0	1
Karnataka	Asia	Derecho consuetudinario	División de poderes	Auto-regulación delegada	Media-baja	0	0	0	0	1	0	3	4
Nueva Brunswick	América del Norte	Derecho consuetudinario	Junta única	Auto-regulación pura	Alta	0	0	0	0	0	0	0	0
Nueva Zelanda	Pacífico Sur	Derecho consuetudinario	Multidisciplinar con juntas individuales	Auto-regulación supervisada	Alta	7	3	2	2	1	2	2	19
Noruega	Europa	Mixto civil-consuetudinario	Unidad reguladora	Guberna-mental	Alta	0	0	0	0	0	0	4	4
Ruanda	África	Mixto civil-consuetudinario	Junta única	Auto-regulación supervisada	Baja	0	0	0	0	0	0	0	0
España	Europa	Derecho civil	Junta única	Auto-regulación delegada	Alta	0	0	0	0	0	0	0	0
Taiwán	Asia	Derecho civil	Unidad reguladora	Guberna-mental	Alta	0	0	0	0	0	0	1	1

Jurisdicción	Región geográfica	Tradición Jurídica	Planteamiento Administrativo	Modelo regulatorio	Situación económica	Condiciones de la práctica	Sobresesimiento del caso	Multas por infracciones	Advertencia formal	Evaluación de la salud	Encarcelamiento	Evaluación del desempeño	Revocación de la licencia	Supervisión de la licencia	Ámbito de penalizaciones
Australia	Pacífico Sur	Derecho consuetudinario	Multi-D con Juntas individuales y servicios compartidos	Auto-regulación supervisada	Alta	0	9	3	0	1	3	3	2	13	1
Brasil	América del Sur	Derecho civil	División de poderes	Auto-regulación supervisada	Media-alta	2	0	2	5	0	0	4	6	3	1
Etiopía	África	Derecho civil	Junta única multidisciplinar paraguas	Auto-regulación supervisada	Baja	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0
India	Asia	Derecho consuetudinario	División de poderes	Auto-regulación delegada	Media-baja	0	2	0	0	1	0	4	0	0	1
Irán	Oriente medio	Derecho Islámico	Junta única	Auto-regulación delegada	Media-alta	1	4	1	1	0	0	0	2	3	1
Jamaica	Caribe	Derecho consuetudinario	Junta única	Auto-regulación delegada	Media-baja	0	0	0	2	0	0	0		1	0
Jordania	Oriente medio	Mixto consuetudinario - Islámico	Junta única	Auto-regulación delegada	Media-alta	0	4	1	4	1	0	1	0	0	1
Karnataka	Asia	Derecho consuetudinario	División de poderes	Auto-regulación delegada	Media-baja	0	0	0	4	2	0	2	0	0	0
Nueva Brunswick	América del Norte	Derecho consuetudinario	Junta única	Auto-regulación pura	Alta	0	0	0	11	0	2	2	1	0	1
Nueva Zelanda	Pacífico Sur	Derecho consuetudinario	Multidisciplinar con juntas individuales	Auto-regulación supervisada	Alta	0	2	0	0	0	0	1	0	5	0
Noruega	Europa	Mixto civil-consuetudinario	Unidad reguladora	Guberna-mental	Alta	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0
Ruanda	África	Mixto civil-consuetudinario	Junta única	Auto-regulación supervisada	Baja	1	1	1	3	1	0	0	0	1	0
España	Europa	Derecho civil	Junta única	Auto-regulación delegada	Alta	1	5	0	5	1	0	0	2	1	1
Taiwán	Asia	Derecho civil	Unidad reguladora	Guberna-mental	Alta	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Jurisdicción	Región geográfica	Tradición Jurídica	Planteamiento Administrativo	Modelo regulatorio	Situación económica	Código de conducta	Ámbito de la práctica	Estándares de Formación	Estándares de la práctica	Estándares, estatutos, reglas y directrices
Australia	Pacífico Sur	Derecho consuetudinario	Multi-D con Juntas individuales y servicios compartidos	Auto-regulación supervisada	Alta	54	0	4	4	62
Brasil	América del Sur	Derecho civil	División de poderes	Auto-regulación supervisada	Media-alta	2	1	0	1	4
Etiopía	África	Derecho civil	Junta única multidis- ciplinar paraguas	Auto-regulación supervisada	Baja	0	0	0	0	0
India	Asia	Derecho consuetudinario	División de poderes	Auto-regulación delegada	Media-baja	0	0	3	0	3
Irán	Oriente medio	Derecho Islámico	Junta única	Auto-regulación delegada	Media-alta	1	0	2	2	5
Jamaica	Caribe	Derecho consuetudinario	Junta única	Auto-regulación delegada	Media-baja	0	2	2	0	4
Jordania	Oriente medio	Mixto consuetudinario-islámico	Junta única	Auto-regulación delegada	Media-alta	0	0	3	3	6
Karnataka	Asia	Derecho consuetudinario	División de poderes	Auto-regulación delegada	Media-baja	0	0	4	3	7
Nueva Brunswick	América del Norte	Derecho consuetudinario	Junta única	Auto-regulación pura	Alta	9	0	1	3	13
Nueva Zelanda	Pacífico Sur	Derecho consuetudinario	Multidisciplinar con juntas individuales	Auto-regulación supervisada	Alta	102	21	1	3	127
Noruega	Europa	Mixto civil-consuetudinario	Unidad reguladora	Gubernamental	Alta	1	37	0	0	38
Ruanda	África	Mixto civil-consuetudinario	Junta única	Auto-regulación supervisada	Baja	0	0	1	0	1
España	Europa	Derecho civil	Junta única	Auto-regulación delegada	Alta	1	2	1	1	5
Taiwán	Asia	Derecho civil	Unidad reguladora	Gubernamental	Alta	4	0	1	0	5

Anexo 10

**Tablas de frecuencias de los encuestados resumidas
de las rondas del estudio Delphi**

Género	Número total de invitados (75)	Personas que respondieron al llamamiento de participación (44)	Personas que respondieron a la Ronda Uno I (46)	Personas que respondieron a la Ronda 2	Personas que respondieron a la Ronda 3	Personas que respondieron a al menos una de las rondas
Masculino	18	13	11	11	10	13
Femenino	57	31	35	36	29	46

Chi = 0.792

df= 4

Ninguna asociación significativa

Antecedentes	Número total de invitados (75)	Personas que respondieron al llamamiento de participación (44)	Personas que respondieron a la Ronda 1 (46)	Personas que respondieron a la Ronda 2	Personas que respondieron a la Ronda 3	Personas que respondieron a al menos una de las rondas
Regulador (reguladores tanto del gobierno como autónomos)	32	22	20	17	18	26
Formador (instituciones tanto estatales como privadas)	20	13	13	11	9	15
Ámbito de la práctica (tanto funciones asistenciales como de gestión)	24	14	13	11	12	20
Asociación profesional	29	15	17	21	18	24
Persona <i>laica</i> (Representante de los pacientes o de otras disciplinas)	7	3	4	5	3	6

Chi = 3.39

df = 16

Ninguna asociación significativa

Categoría de RNB del país en el que vive el encuestado	Número total de invitados (75)	Personas que respondieron al llamamiento de participación (44)	Personas que respondieron a la Ronda Uno 1 (46)	Personas que respondieron a la Ronda 2	Personas que respondieron a la Ronda 3	Personas que respondieron a al menos una de las rondas
Alta	48	26	31	31	25	37
Media-alta	13	9	6	7	7	10
Media-baja	10	7	7	6	5	9
Baja	4	3	2	3	2	3

Chi = 1.84

df = 12

Ninguna asociación significativa

Tradición jurídica	Número total de invitados (75)	Personas que respondieron al llamamiento de participación (44)	Personas que respondieron a la Ronda Uno 1 (46)	Personas que respondieron a la Ronda 2	Personas que respondieron a la Ronda 3	Personas que respondieron a al menos una de las rondas
Derecho civil	29	17	18	21	16	24
Derecho consuetudinario	40	22	25	23	20	31
Derecho islámico	6	5	3	3	3	4

Chi = 2.08

Df = 8

Ninguna asociación significativa

Modelo de gobernanza	Número total de invitados (75)	Personas que respondieron al llamamiento de participación (44)	Personas que respondieron a la Ronda Uno 1 (46)	Personas que respondieron a la Ronda 2	Personas que respondieron a la Ronda 3	Personas que respondieron a al menos una de las rondas
Controlado por el gobierno	24	13	13	14	12	20
Establecido por ley pero autónomo	51	31	33	33	27	39

Chi= 0,225

Df = 4

Ninguna asociación significativa

Anexo 11

Puntuaciones de la mediana para Deseabilidad, Factibilidad, Importancia y Confianza para cada una de las 49 características y medio agregado asociado

Característica de órgano regulador de alto desempeño	Deseabilidad Mediana	Factibilidad Mediana	Importancia Mediana	Confianza Mediana	Combinación Mediana
El órgano regulador interpreta la legislación para facilitar y acoger los cambios en las necesidades de protección de los ciudadanos	1,4	1,71	1,44	1,8	1,59
El órgano regulador ha de rendir cuentas de su desempeño	1,16	1,4	1,18	1,53	1,32
Hay procesos de iniciación para los nuevos miembros de la Junta	1,28	1,37	1,47	1,49	1,40
Los miembros de la Junta del órgano regulador están sujetos a una evaluación periódica del desempeño	1,49	1,84	1,67	1,95	1,74
Se desarrollan estándares y competencias y se establecen en colaboración con los proveedores de formación, los empleadores, las organizaciones profesionales y los ciudadanos	1,18	1,6	1,2	1,51	1,37
Existen criterios claros y las competencias necesarias para la selección y designación de funcionarios senior y miembros de la Junta	1,27	1,43	1,36	1,55	1,40
El órgano regulador tiene un conjunto de procedimientos operativos claramente definidos y a disposición del público	1,18	1,39	1,39	1,45	1,35
Todos los comités tienen términos de referencia explícitos que se revisan periódicamente y se informa con regularidad sobre las actividades de los comités al órgano regulador al completo	1,21	1,4	1,33	1,44	1,35
Existen procesos de apelación claros a los que se puede recurrir si se piensa que las decisiones o acciones del órgano regulador son poco sólidas	1,14	1,39	1,11	1,55	1,30
El órgano regulador comenta de forma rutinaria las reformas y los cambios de los sistemas sanitarios más amplios	1,66	1,86	1,84	2,16	1,88
Los procedimientos de renovación de la licencia son eficientes y eficaces	1,34	1,57	1,39	1,56	1,47
El órgano regulador infunde valores morales sólidos a los colegiados	1,47	2,12	1,7	2,12	1,85
Existen procedimientos en materia de competencia continuada que utilizan datos de varias fuentes	1,26	1,72	1,42	1,72	1,53
El órgano regulador examina de forma rutinaria una muestra de los procesos de competencia continuada completados	1,28	1,77	1,58	1,79	1,61

Característica de órgano regulador de alto desempeño	Deseabilidad Mediana	Factibilidad Mediana	Importancia Mediana	Confianza Mediana	Combinación Mediana
El órgano regulador tiene mecanismos para alinear sus sistemas de acreditación con otros organismos a la vez que contribuye a cumplir con su mandato	1,38	1,81	1,67	1,74	1,65
Promueve temas profesionales congruentes con la protección de los ciudadanos	1,19	1,53	1,3	1,42	1,36
La junta regulatoria mantiene un equilibrio entre miembros profesionales y miembros laicos	1,52	1,69	1,71	1,81	1,68
El órgano regulador tiene estándares de desempeño en relación con la recepción, reconocimiento, investigación y resolución de quejas o alegaciones en materia de habilitación para ejercer	1,16	1,32	1,2	1,48	1,29
El órgano regulador tiene recursos adecuados para permitir el cumplimiento de todas las responsabilidades	1,11	1,68	1,07	1,59	1,36
Toda la toma de decisiones es transparente, está documentada y es accesible para la profesión y el público	1,28	1,58	1,35	1,6	1,45
Los procesos relativos a los enfermeros que desean emigrar de la jurisdicción son eficientes y eficaces	1,3	1,67	1,51	1,65	1,53
El órgano regulador tiene procesos coherentes con los de las demás disciplinas	1,48	1,67	1,79	1,67	1,65
El órgano regulador colabora con los demás organismos reguladores para minimizar la carga administrativa, así como el uso y el impacto de los datos	1,42	1,77	1,67	1,74	1,65
Elabora guías y reglas que apoyan el cambio en los sistemas de salud	1,44	1,79	1,77	1,84	1,71
Se utilizan las tendencias emergentes de los resultados del proceso de conducta y competencia como información para la revisión de los estándares y requisitos en materia de competencia continuada	1,27	1,59	1,45	1,66	1,49
El órgano regulador mantiene relación y consulta a los grupos de interés clave en la elaboración de políticas y estándares	1,09	1,34	1,2	1,41	1,26
El órgano regulador tiene un conjunto claro de medidas sobre el desempeño que se comunican periódicamente	1,16	1,55	1,32	1,48	1,38

Característica de órgano regulador de alto desempeño	Deseabilidad Mediana	Factibilidad Mediana	Importancia Mediana	Confianza Mediana	Combinación Mediana
El órgano regulador dispone de un plan estratégico con objetivos operativos relacionados que se revisan y actualizan periódicamente	1,23	1,36	1,23	1,45	1,32
El órgano regulador ofrece información clara y sucinta sobre sus responsabilidades y procesos a los colegiados y al público	1,07	1,25	1,2	1,36	1,22
Promueve un comportamiento reflexivo y auto-regulatorio entre los colegiados	1,4	1,67	1,4	1,67	1,54
El órgano regulador tiene un planteamiento imparcial a la hora de afrontar alegaciones tanto en relación con las quejas como con los colegiados	1,14	1,5	1,26	1,5	1,35
Existe un abanico adecuado de sanciones importantes por el incumplimiento de los estándares y de los códigos de conducta	1,12	1,37	1,21	1,35	1,26
El órgano regulador actúa de forma que mantiene la confianza de los ciudadanos, los profesionales, los empleadores y otros grupos de interés clave	1	1,35	1	1,4	1,19
Se encuentran fácilmente a disposición procedimientos claros, accesibles y bien publicitados en relación con las quejas	1,14	1,35	1,19	1,4	1,27
El órgano regulador mantiene su independencia al resolver alegaciones y quejas	1,23	1,47	1,12	1,49	1,33
El órgano regulador mantiene su orientación, códigos, estándares, competencias al día en función de las expectativas de los ciudadanos	1,4	1,72	1,49	1,65	1,57
El órgano regulador garantiza que los programas educativos estén alineados con las competencias que los colegiados requieren para su habilitación para ejercer	1,2	1,5	1,16	1,48	1,34
El órgano regulador tiene procedimientos y procesos de recuperación en caso de desastre	1,42	1,65	1,51	1,63	1,55
El órgano regulador dispone de mecanismos para detectar y tratar solicitudes fraudulentas y solicitudes de verificación	1,09	1,43	1,16	1,52	1,30

Característica de órgano regulador de alto desempeño	Deseabilidad Mediana	Factibilidad Mediana	Importancia Mediana	Confianza Mediana	Combinación Mediana
El órgano regulador tiene acceso a asesoramiento experto relevante para apoyar sus procesos de toma de decisiones	1,18	1,3	1,3	1,43	1,30
El órgano regulador monitoriza su desempeño e intenta mejorar constantemente el tiempo requerido para tratar alegaciones en materia de la habilitación para ejercer	1,23	1,42	1,26	1,47	1,35
El órgano regulador interpreta la legislación de forma coherente y permisiva evitando así la necesidad de nueva legislación	1,86	1,93	1,88	2,1	1,94
El órgano regulador utiliza nuevas tecnologías para agilizar los procesos comerciales y regulatorios	1,19	1,77	1,42	1,58	1,49
El órgano regulador identifica y promueve las mejores prácticas regulatorias	1,1	1,29	1,17	1,52	1,27
El órgano regulador garantiza que únicamente aquellas personas que cumplen con los criterios estipulados para obtener la licencia puedan ejercer como enfermeros profesionales	1,05	1,26	1,07	1,28	1,17
El órgano regulador desarrolla y promueve códigos éticos y deontológicos sólidos	1,17	1,31	1,29	1,31	1,27
El registro es preciso, completo y fácilmente accesible al público, los colegiados, los empleadores y cualquier otra parte interesada	1,17	1,52	1,26	1,43	1,35
Los canales de información son claros y los informes son completos y oportunos	1,29	1,5	1,38	1,52	1,42
Aunque pueda haber aportaciones de varios grupos de interés en el desarrollo de los estándares, los códigos o las políticas y los procedimientos del ámbito de la práctica, su aplicación está libre de cualquier influencia inadecuada del gobierno, la profesión o cualquier otra parte interesada	1,14	1,57	1,12	1,64	1,37

Anexo 12

**Mapas regionales de la tradición jurídica
de los países**

















